

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1919

THESE **200**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

Fréquence pendant la Guerre. - Pronostic

PAR

Henri BARDET

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Présentée et soutenue le 8 Juillet 1919

Président : M. le Professeur E. JEANSELME.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e Arr.)

1919

200

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1919

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

Fréquence pendant la Guerre. - Pronostic



PAR

Henri BARDET

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Présentée et soutenue le 8 Juillet 1919

Président : M. le Professeur E. JEANSELME.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — PARIS (VI^e Arr.)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie	M. ROGER
Anatomie médico-chirurgicale	MM.
Physiologie	NICOLAS
Physique médicale	BROCA
Chimie organique et chimie générale	CH. RICHET
Bactériologie	WEISS
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	DEGREZ
Pathologie et Thérapeutique générales	BEZANÇON
Pathologie médicale	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	ACHARD
Anatomie pathologique	GOUGET
Histologie	GOSSET
Opérations et appareils	LETULLE
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT
Thérapeutique	PIERRE DUVAL
Hygiène	POUCHET
Médecine légale	CARNOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Léon BERNARD
Pathologie expérimentale et comparée	BALTHASARD
	MENÉTRIÉR
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	HUTINEL-MARFAN
Maladies des enfants	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER
Clinique des maladies contagieuses	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	N
Clinique chirurgicale infantine	N
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
ALGLAVE	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	SCHWARTZ
BRANCA	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SICARD
CAMUS	TINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	
GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY	
JEANNIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mes camarades de régiment.
les Médecins aides-majors D'AGUILLON, LACHARME,
BOITIAS, CHENU, tombés à Verdun, à Craonne, à Locre
(1916-1918).

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
le Docteur EUGÈNE BARDET.

Bien affectueux témoignage de reconnaissance.

A MON PARENT
le Docteur GODEFROY BARDET

Témoignage de profonde affection.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE BESANÇON

MM. les Docteurs BOLOT, CHAPOY, GAUDERON,
MANDEREAU, PRIEUR

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

MM. les Professeurs DEBOVE, KIRMISSON
POZZI (*in memoriam*), M. le Professeur agrégé MAYGRIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur RECLUS (*in memoriam*)
(La Charité-Externat, 1907-1908).

M. le Docteur DALCHÉ
(La Pitié-Externat, 1908-1910).

M. le Docteur VARIOT
(Enfants-Assistés-Externat, 1910-1911).

M. le Professeur GAUCHER (*in memoriam*)
(Saint-Louis-Externat, 1911-1912).

M. le Docteur ALBERT MATHIEU (*in memoriam*)
(Saint-Antoine-Externat, 1912-1913).

M. le Professeur agrégé CASTAIGNE
(La Charité-Externat, 1913-1914).

Hommage de bien vive reconnaissance pour leurs
conseils et leur enseignement.

A LA MEMOIRE

de M. le Professeur GAUCHER,

si dévoué à la science et à ses élèves, qui nous désigna
le sujet de cette thèse. Respectueuse reconnaissance.

A M. le Professeur agrégé GOUGEROT.

En hommage de respect et de gratitude.

A Monsieur le Professeur JEANSELME
*Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur,*
Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Respectueux hommage.

HISTORIQUE

Les chancre~~s~~ syphilitiques extra-génitaux n'ont pas une longue histoire; certes, ils sont depuis longtemps connus, mais ils n'ont été étudiés dans leurs modalités cliniques qu'au XIX^e siècle.

On a vu dans un épigramme de MARTIAL une allusion à un chancre de la langue : « *Partem gulosam solvit indecens morbus* » (sur Manneius XI, 61), et dans une satire d'HORACE une cicatrice spécifique du sourcil gauche : « *At illi fœda cicatrix Setosam laevi frontem turpaverat oris* » (I, v, v. 60). PLINÉ rapporterait des contagions par les baisers que les chevaliers romains se donnaient entre eux. Mais ce ne sont pas là documents médicaux.

En 1498, AQUITANUS place déjà l'allaitement parmi les causes de contagions syphilitiques. L'emploi de vase à boire en commun et de vêtements (ALMÉNAR, *Libellus de morbo gallico*, 1502), l'haleine seule, le simple contact, le lit semblaient dangereux. MUSITANUS (*De Lue venerea*, lib. II) parle de deux religieux contaminés pour avoir embrassé l'un après l'autre une fillette. CATANEUS (1504) cite la transmission de la syphilis par allaitement mercenaire. VELLA (1503) et TORELLA, médecin des Borgia (1551), avaient reconnu les contagions entre nourrice et

nourrisson. (*Infantes inficiuntur ex suctione lactis a nutrice infecta*. En 1563, TOMITANUS parle de syphilis extravénérienne et MASSA relate un cas de contagion par le linge d'un homme atteint d'un ulcère de jambe. La contagion due à des scarificateurs dans des chambres de bains est signalée à Nürnberg (1496) et dans plusieurs autres villes d'Allemagne par SEITZ (1509), RENNER (1554) et une épidémie frappe 180 personnes en 1577. La contamination par les objets inertes est indiquée par FALLOPE (1555) ; PARACELSE connaît la transmission par instruments divers. LÉONARD BOTAL (1563) parle d'un chancre de la lèvre par verre à boire. AMATUS LUSITANUS (1561) mentionne un chancre du nez (*prope nares versus labia ulcuscula passa erat*). A la même époque, BENEDICTUS VICTORIUS et JOHANNES SYLVIVS incriminent le baiser. On trouve dans GOETHE (*Wilhelm Meister*, liv. VI), un passage où une jeune fille se méfie des tasses et des verres comme de la chaise que viennent de quitter des libertins.

Au XVII^e siècle, FERNEL et NICOLAS DE BLEIGNY insistent sur la contagion syphilitique buccale par le verre à boire et le baiser. FABRICIUS HILDANUS (1682) rapporte le cas d'une jeune fille contaminée pour s'être déguisée avec la culotte d'un syphilitique. ASTRUC dans son *Traité des maladies vénériennes* (1736) admit explicitement l'influence du commerce charnel, de l'allaitement, des baisers sur la bouche, de la contagion médiate et émit l'opinion de la contagiosité du sang, confirmée par l'inoculation en 1850. FABRE écrit en 1775 : « L'expérience prouve que le virus se communique par des baisers lascifs...

Les chancres peuvent naître sur toutes les parties du corps. »

Avec HUNTER, inventeur de l'inoculation (1786), qui proclamait l'innocuité des accidents secondaires, les chancres extra-génitaux devinrent rares. Mais ses contradicteurs CULLERIER et SWEDIAUR considérèrent la bouche comme un des principaux agents de transmission de la vérole. De cette époque, datent les faits de contagion buccale rapportés par DELPECH et LALLEMAND. Les premières études sur la syphilis vaccinale remontent à 1805 où MOSELEY publia : *A treatise on the luës bovilla or cow-pox*. En 1835, WALLACE, par ses inoculations d'accidents secondaires, détruisit la doctrine huntérienne, à laquelle RICORD s'était rallié. La question de la contagiosité de la syphilis, de bouche à bouche, revint en question; comme au temps d'Astruc. GIBERT (*Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, 1866), ED. LANGLEBERT et ROLLET (*Dictionnaire des sciences médicales*) affirmèrent la contagiosité des accidents secondaires.

A cette époque, A. FOURNIER présente le sujet de sa thèse de doctorat : *De la contagion syphilitique*; il établit contre l'opinion de Ricord, son maître, que la plaque muqueuse peut engendrer un chancre infectant et il tire de ce fait capital toutes les données qu'il comporte. Depuis ce temps (1860), les relations sur les accidents primitifs extra-génitaux se sont accumulées. En 1894, DUNCAN BULKLEY fait paraître, à New-York, son livre « *Syphilis in the Innocent* » et, en 1897, A. FOURNIER publie des leçons sur « *Les chancres extra-génitaux* ».

En 1894, Bulkley avait réuni dans les auteurs et lui-même 12.000 cas de sclérose extra-génitale, A. Fournier en 1897 en avait déclaré 1124, remarqués dans son service d'hôpital et sa clientèle de ville, si l'on joint à ces chiffres les statistiques d'auteurs divers : Pospelow, Kreflin, Münchheimer, Nivet, Gaucher... on peut évaluer à plus de 20.000 le nombre d'infections bien connues de cette nature publiés en trente ans. Le nombre des cas méconnus ou non publiés est considérable.

Ces indications montrent que les chancres extra-génitaux ne sont pas des cas négligeables et nous apprennent que ce genre de propagation de l'infection syphilitique est d'importance, d'autant plus que la nature de ces accidents passe souvent inaperçue. L'histoire du chancre amygdalien, on le verra, en est la preuve et la transmission bucco-buccale de la contamination est trop ignorée du public. L'infecté génital, à un certain point de vue, est moins dangereux que l'infecté extra-génital, parce qu'il voit souvent plus tôt le médecin et cela explique que Bulkley a pu réunir 110 épidémies de syphilis de milieu.

La connaissance de la fréquence de la syphilis extra-génitale, pendant la guerre, nous a paru présenter de l'intérêt. Etant donné que la licence des mœurs, au cours des guerres et désastres, a toujours amené une recrudescence de la syphilis, nous avons pour but de rechercher dans le travail que nous publions, si la syphilis extra-génitale n'a pas augmenté de proportion au cours des années 1915 à 1917, d'en rapporter des observations, d'où nous tirerons des remarques sur son intensité.

Dans les temps de guerre, de révolution, d'épidémie, les populations s'abandonnent à tous les excès pour s'arracher aux terreurs qui les obsèdent et, cela joint aux déplacements de masses humaines, a une grande importance dans la propagation de la syphilis. De même que les lansquenets revenant du siège de Naples (12 février-20 mai 1495), sous Charles VIII, ont porté le mal en Alsace, en Suisse, en Allemagne, les soldats de Cromwell auraient répandu le *sibbens* en Ecosse et, plus tard on a pu attribuer la diffusion de la *radezyge* aux régiments suédois qui avaient pris part (1748) à la guerre de Sept-Ans, et la syphiloïde du Jutland, aux troupes qui revenaient de la campagne de France. Dans l'armée allemande, il y eut 73.000 vénériens en 1870, sur 875.000 hommes mobilisés. L'invasion de 1814 amena à Paris une recrudescence de maladies vénériennes, d'après Parent Duchatelet, et, pendant le siège de Paris (1870-1871) l'épidémie vénérienne fut importante, si l'on en croit LECOUR et CH MAURIAC. Ce dernier auteur, dans ses *Leçons sur les maladies vénériennes* (1883), s'est étendu sur les fluctuations que subit la syphilis à diverses époques et le contre-coup que peuvent avoir sur elle les événements qui jettent une perturbation dans les rapports sociaux. Pendant les guerres de la Révolution, Spick a estimé la morbidité vénérienne au quart de la morbidité totale des armées (*An. derm.* 1908, p. 599), et, M. G. Thibierge donne le chiffre de 50.000 contaminations par année de guerre de 1914-1918 (*La syphilis et l'armée*).

STATISTIQUE

Les statistiques prouvent que la guerre contre l'Allemagne a occasionné une augmentation du fléau vénérien et que la syphilis notamment a progressé. D'après les faits, les causes intimes du développement du mal tiennent à ce qu'on a vécu dans des conditions toutes nouvelles, transformant la vie sociale, les positions, les habitudes, le prix des choses. Ce qui a favorisé cette éclosion, ce sont les mouvements de troupes, les allées et venues des permissionnaires, l'arrivée d'étrangers. La contamination a été le plus souvent due aux prostituées, mais par ennui, misère, indifférence, ou pour oublier les dangers et satisfaire leur admiration, des hommes et femmes, jusque-là honnêtes, n'auraient pas su résister au dérèglement.

Le relâchement des mœurs, observé pendant toutes les calamités, étant cause de l'augmentation de la syphilis après la mobilisation chez les militaires et les civils, voyons des chiffres.

A la clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, la statistique du temps de paix comparée à celle durant la guerre permet d'avoir une idée des

variations de fréquence de la vérole. Aussi bien dans les salles de ce service qu'à la Policlinique, il a été constaté (GAUCHER : *Com. Ac. de Méd.*, 26 déc. 1916) que :

« Tandis qu'avant la guerre, il y avait en chiffres
« ronds : 300 syphilis récentes sur 3.000 malades traités
« à la clinique, soit 1 sur 10;

« Dans les seize premiers mois de guerre, nous trou-
« vons : 800 syphilis sur 5.000 malades, soit 1 pour 6;

« Et dans les huit mois suivants, notre statistique nous
« donne un total de :

« 600 syphilis sur 2.300 malades, soit 1 sur 4.

« Donc, tandis que dans les seize premiers mois de
« guerre (août 1914-fin décembre 1915), la syphilis avait
« augmenté de plus d'un tiers, près de la moitié; dans
« les huit mois suivants (janvier-août 1916), elle a aug-
« menté de plus de la moitié, près des deux tiers ».

Autrement dit, en ramenant ces données à l'unité mois, on observait en moyenne, comme syphilis récente, 39 cas par mois, sur 428 malades, en temps de paix (1^{er} janvier-31 juillet 1914); — 50 cas, sur 310 malades dans les seize premiers mois de guerre; — et 75 cas par mois, sur 287 malades dans les huit mois suivants.

Après cette vue d'ensemble sur les causes de la propagation de la syphilis, durant la guerre et, en raison de la quantité considérable de cas de syphilis récente, alors observés, nous avons cherché à tirer de cette statistique générale des renseignements sur la fréquence des chancres extra-génitaux et nous en publions une liste. Pour les confronter avec le nôtre, nous possédons, en effet, deux

tableaux statistiques de comparaison : l'un dressé par Carivenc, cité dans le *Précis de syphiligraphie* de GAUCHER (t. I^{er}), portant sur les deux sexes, l'autre dû à Bobrie, portant uniquement sur le sexe féminin, mais relatif à plusieurs années.

Mais ces deux tableaux, comme le nôtre, ne comportant pas un chiffre très élevé de chancres extra-génitaux, nous rapporterons, au préalable, deux documents importants. L'un faisant loi comme enquête, est bien connu et dû à A. Fournier, l'autre que nous avons trouvé dans une publication étrangère, est dû à Bulkley. Nous savons, en effet, que les enregistrements statistiques portant sur un très grand nombre de cas, sont ceux qui ont le plus de valeur. Quand le nombre des observations n'est que de quelques centaines, l'écart compatible avec un même ensemble de causes est assez considérable pour en imposer et faire croire à l'effet d'une influence nouvelle. Or, nous devons tout de suite déclarer que ces deux documents corroborent ceux qui suivront.

Voici d'abord l'intéressante statistique de Fournier, portant sur un total imposant de 1124 chancres extra-génitaux, réunion de 642 cas de clientèle de ville et 482 cas d'hôpital.

	Ville	Hôpital	
Chancres de la région céphalique . . .	484	+ 365	= 849
— de la région cervicale	4	+ 10	= 14
— du tronc (thorax, abdomen, fesses)	21	+ 11	= 32
— du sein	19	+ 40	= 59

Chancres du membre supérieur ...	56 + 22 =	78
— du membre inférieur	4 + 10 =	14
— de l'anūs et du périnée ...	54 + 23 =	77
Total	642 + 481 =	1123

Les différentes localisations des 849 chancres céphaliques ci-dessus, sont les suivantes :

CHANCRES DE LA BOUCHE : 727 cas : lèvres, 567 (dont en ville, 328), — langue, 75 (en ville, 53), — amygdales, 69 (en ville, 40), — gencivés, 11 (en ville, 9), — palais, 4, — muqueuse des joues, 1.

CHANCRES DE LA FACE : 119 cas : menton, 54 (en ville, 24), — joues, 24 (en ville, 9), — œil, 21 (en ville, 7), — nez, 18 (en ville, 5), — front, 2.

CHANCRES DU CUIR CHEVELU : 3 cas (en ville, 2).

Ceci donne sur 100 chancres extra-génitaux de toute localisation une proportion de 75 chancres céphaliques, 64 chancres bucaux et parmi ceux-ci 50 chancres labiaux et 6 siégeant sur les amygdales, 6 sur la langue.

Nous ferons ressortir, dès à présent, que la fréquence du chancre amygdalien nous semble beaucoup plus grande que ne l'indique le relevé de Fournier. Ce maître a d'ailleurs été le premier à la signaler, par son élève Nivet, à l'attention des médecins. Depuis que la recherche du tréponème est devenue plus courante, il semble que l'on note mieux cet accident.

Les chancres céphaliques présentent un prodigieux ex-

cès de fréquence par rapport aux chancres de n'importe quel autre district tégumentaire : 1° parce que la tête est la région où se porte le baiser d'amour ou de convenance; 2° parce que la tête offre trois muqueuses, foyers de moindre résistance, par rapport à la pénétration du contagé spécifique; 3° parce que la tête est exposée à des contaminations professionnelles.

Passons à la liste de Bulkley portant sur 9058 cas et réunissant ses relevés aux enquêtes publiées, en divers pays, par beaucoup d'auteurs ; on y trouvera d'une façon claire, à notre avis, des indications sur la fréquence en général, des accidents primitifs extra-génitaux, suivant leurs causes et leurs localisations :

Vaccination, 1863 — lèvres, 1810 — poitrine et mamelon, 1148 — circoncision, 745 — cavité buccale, 734 — doigt et main, 462 — paupière et conjonctive, 372 — amygdale, 307 — arrière-bouche et cavité nasale, 264 — ventouses scarifiées, 179 — langue, 157 — menton, 146 — joues, 145 — tronc, 100 — nez, 95 — tatouage, 82 — anus, 87 — périgénital, 77 — racines des membres, 73 — avant-bras, 59 — cou, 47 — gencive, 42 — front et tempes, 37 — oreilles et cuir chevelu, 27.

Ce travail récapitulatif et historique montre que les indications statistiques sur les cas d'infection extra-génitale sont différentes suivant les rapports des auteurs des différents pays. On sait, par exemple, qu'en Asie-Mineure, la syphilis extra-génitale est plus fréquente que la syphilis génitale. Evidemment, il faudrait, si l'on voulait discuter les statistiques, faire entrer en ligne de compte les con-

ditions hygiéniques, les mesures prophylactiques contre la contagion en général, les raisons qui favorisent la transmission occasionnelle, extra-génitale de la syphilis suivant le lieu et le temps, sans compter d'autres facteurs : densité de population, fortune et le reste.

Aussi ces dernières considérations nous semblent justifier et donner quelque valeur à la publication de notre statistique du temps de guerre, dont les éléments ont été puisés dans le même service hospitalier où Carivenc avait pris la sienne en temps de paix.

La statistique de Carivenc porte sur un laps de temps de deux ans et demi, depuis le mois de novembre 1902 jusqu'au mois d'avril 1905. Elle réunit 135 cas d'accidents primitifs éclos hors de la sphère générale, traités à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher, et se décomposant ainsi :

I. RÉGION CÉPHALIQUE :		Hom- mes	Fem- mes	
1° <i>Bouche</i> :	Lèvre supérieure	9	+ 12	= 21
—	Lèvre inférieure	15	+ 15	= 30
—	Commissures labiales	2	+ 1	= 3
—	Langue	9	+ 3	= 12
—	Amygdales	5	+ 7	= 12
—	Gencives	»	2	= 2
—	Muqueuse des joues	1	»	= 1
2° <i>Face</i> :	Menton	9	+ 1	= 10
—	Joues	4	+ 1	= 5
—	Sourcil	1	»	= 1

3° Cuir chevelu	1	» =	1
II. TRONC : Sein	1 + 5 =	6	
Anus	8 + 4 =	12	
Région sus-pubienne	6 + » =	6	
III. MEMBRES : Avant-bras	1	» =	1
Mains et doigts	6 + 1 =	7	
Région inguinale	2 + » =	2	
Cuisse	1 + 1 =	2	
Jambe	1 + » =	1	
Totaux	82 + 53 =	135	

Or, le même service de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, pendant la guerre, après avoir été réservé d'abord au traitement des militaires, a été ouvert aux civils, au milieu de l'année 1915, pour permettre la reprise de l'enseignement de la Faculté. La salle Henri IV (40 lits), dès le 13 février 1915, fut réaffectée aux malades femmes et la salle Saint-Louis (46 lits) eut ses lits partagés par moitié (23) entre les civils et les militaires; à dater du 28 juin 1915. Cette mesure fut très utile pour établir la statistique comparée des maladies vénériennes, à la fois chez les militaires et dans la population civile. Ainsi dans les seize premiers mois de guerre, par exemple, ont été traités là :

793 syphilis récentes dont 301 chez des militaires, 304 chez des civils et 188 chez des femmes.

Notre statistique de chancres extra-génitaux, établie

d'après les cas observés dans cette clinique, s'étend sur une période de trente mois, égale à celle que comporte la statistique de Carivenc. Elle comprend 142 cas ainsi répartis :

I. RÉGION CÉPHALIQUE :		Hom- mes	Fem- mes	
1° Bouche :	Lèvre supérieure	12	+ 14	= 26
—	Lèvre inférieure	27	+ 20	= 47
—	Commissures labiales	3	+ 2	= 5
—	Langue	4	+ 2	= 6
—	Amygdales	9	+ 9	= 18
—	Gencives	2	»	= 2
2° Face :	Menton	9	+ 5	= 14
—	Sourcil	1	»	= 1
—	Paupière	1	+ 1	= 2
—	Conjonctive	1	»	= 1
—	Nez	1	»	= 1
II. RÉGION CERVICALE		1	+ 1	= 2
III. TRONC : Sein		»	1	= 1
—	Anus	1	+ 6	= 7
IV. MEMBRES : Doigts		5	+ 2	= 7
—	Cuisse	1	+ 1	= 2
Totaux		78	+ 64	= 142

Donc pour les membres et le tronc, un total de 17 chancres (hommes : 7, femmes : 10). Les chancres céphaliques comprennent 123 cas. Dans cet état des chancres céphaliques, on remarquera que le plus grand nombre a son siège dans la bouche (103 ch. sur 123) et que parmi eux le

chancre labial (78 ch.) l'emporte de beaucoup sur les autres localisations. Ensuite, vient le chancre des amygdales, mais loin derrière lui (18 ch.).

En disposant cette liste de chancres extra-génitaux par ordre de fréquence chez l'homme et chez la femme, on arrive au résultat suivant :

HOMMES		FEMMES	
Lèvre inférieure	27	Lèvre inférieure	20
Lèvre supérieure	12	Lèvre supérieure	14
Amygdales	9	Amygdales	9
Menton	9	Anus	6
Doigts	5	Menton	5
Langue	4	Langue	2
Commissure labiale	3	Commissure labiale	2
OEil	3	Doigts	2
Anus	1	Cuisse	1
Cou	1	Sein	1

Que ressort-il de ce tableau ? Le premier rang est occupé par le chancre de la lèvre, comme dans toutes les statistiques de chancres extra-génitaux publiées, et la lèvre inférieure est deux fois plus souvent affectée que la lèvre supérieure, comme le remarquait Fournier. Le gros contingent des chancres de l'amygdale n'est pas pour surprendre, il est de règle. Le chancre de la langue est deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, comme on l'a souvent constaté. Le chancre du menton (dû 4 fois, comme on le verra, au rasoir du coiffeur, dans nos observations chez l'homme) a pris la place habituellement occupée, comme fréquence, par le chancre de la langue. On peut dire du chancre du sein qu'il est des-

cendu à l'étiage pendant la guerre, sans doute parce qu'il y a eu peu de nourrices. Le nombre de 6 chancres de l'anus, rencontrés chez la femme, ne doit point surprendre ; on verra par la statistique de Bobrie qu'il est très fréquent chez la femme. Les cas de chancre de siège insolite ne semblent que fortuits, même ceux de l'œil. On verra, par les observations, que le chancre des doigts n'a pas eu de caractère professionnel. L'absence de syphilis vaccinale, malgré la quantité des vaccinations pratiquées pendant la guerre, montre que des précautions ont été prises par les vaccinateurs.

En effectuant le pourcentage des principales localisations, nous arrivons, sur 100 chancres extra-génitaux de tout siège, à en trouver 86 céphaliques, dont 72 buccaux, et, parmi ces derniers, 54 aux lèvres et 12 aux amygdales.

En mettant en parallèle ce pourcentage avec celui tiré : 1° de la statistique de Carivenc, dans laquelle sur 100 chancres extra-génitaux on en trouve 72 céphaliques, dont 60 buccaux et parmi ceux-ci, 40 aux lèvres, 8 sur les amygdales ; 2° de la statistique de Fournier, dans laquelle sur 100 chancres extra-génitaux, on en trouve 75 céphaliques, dont 64 buccaux et parmi ceux-ci, 50 aux lèvres et 6 sur les amygdales : statistiques qui sont sensiblement identiques, nous constatons que les chancres buccaux ont augmenté, pendant la guerre, de 10 %. Nous laissons de côté les chancres d'autres régions, en trop petit nombre.

En ce qui concerne, pour les chancres buccaux, la proportion relative entre la femme et l'homme, elle est de

47 contre 56 (pour Carivene elle était de 40 contre 41), soit à peu près la même pour les deux sexes.

Une statistique de Bobrie, dressée dans le service du professeur Gaucher, portant sur 2172 fiches d'observations de femmes syphilitiques atteintes d'accidents primitifs récents (dont 801 passés inaperçus), nous donnera une idée de ce qu'est, en temps ordinaire, la proportion de chancres extra-génitaux chez la femme seulement. Parmi ces observations, accumulées pendant 113 mois, du 1^{er} octobre 1902 au 1^{er} mars 1912, et qui constituent des éléments de comparaison favorables pour l'étude de la fréquence du chancre chez la femme, ont été rencontrés 343 chancres extragénitaux se classant ainsi :

I. <i>Tête</i> :	Lèvre supérieure	57
—	Lèvre inférieure	45
—	Bouche (palais, piliers, voile)	4
—	Langue	10
—	Amygdale	97
—	Gencive	5
—	Muqueuse des joues	1
—	Menton	6
—	Joue	1
—	Front	1
—	Nez	7
—	Région préauriculaire	1
—	Cuir chevelu	1
—	Cou	2
II. <i>Tronc</i> :	Sein	21

—	Dos	1
—	Aisselle	2
—	Abdomen	1
—	Anus	55
—	Fesse	5
III. Membres :	Poignet	1
—	Doigt	4
—	Cuisse	11
—	Genou	1
—	Mollet	1
—	Talon	1
—	Espace interdigital	1

Soit pour les membres et le tronc 107 chancres et pour la tête 236, dont 219 buccaux et 17 chancres de la face.

Dans ce relevé des chancres céphaliques, chez la femme, on remarquera que le plus grand nombre a son siège dans la bouche (219 ch. sur 236), comme on l'a observé dans les autres statistiques, et que parmi eux, le chancre labial (102 ch.) l'emporte de beaucoup sur les autres localisations. Il est suivi de très près par le chancre des amygdales (97 cas). Le chancre de la langue ensuite, n'atteint que le nombre de 10 cas.

En établissant le pourcentage des plus importantes localisations, nous constatons que sur 100 chancres extra-génitaux de tout siège, chez la femme, il en existe :

d'après Bobrie, 68 céphaliques, dont 63 buccaux, 29 labiaux, 28 amygdaliens;

d'après Carivenc, 79 céphaliques, dont 75 buccaux, 52 labiaux, 13 amygdaliens;

d'après nous, 82 céphaliques, dont 73 buccaux, 56 labiaux, 28 amygdaliens;

Ce qui frappe dans ce pourcentage, d'une part c'est l'équivalence de nos chiffres et de ceux donnés par Carivenc et leur écart de ceux donnés par Bobrie; d'autre part, c'est la quantité de chancres labiaux rapportés par Carivenc et nous, presque double de celle de Bobrie, alors que nous comptons la moitié moins de chancres amygdaliens.

Les divergences entre ces trois statistiques, portant l'une sur 113 mois (Bobrie), les deux autres sur 30 mois, nous semblent pouvoir s'expliquer par ce fait que, en raison de leur manifestation peu fréquente vis-à-vis des chancres génitaux, les chancres extra-génitaux échappent à l'attention. On observe, en moyenne, en effet, deux chancres extra-génitaux, *chez des femmes*, par mois, dans un service hospitalier comme celui de la Clinique de la Faculté, alors qu'on registre 14 chancres génitaux et 4 cas de syphilis récente où l'accident primitif est passé inaperçu, d'après nos recherches. Le chancre de l'amygdale passe inaperçu trop souvent, sa possibilité doit venir à la pensée du médecin, d'autant que la recherche du tréponème est possible.

Il nous a paru curieux de considérer l'âge auquel les malades sur lesquels nous publions des observations ont été atteints d'accidents primitifs extra-génitaux. La proportion des jeunes, dans les deux sexes, est élevée.

Au-dessus de 20 ans	13 hommes, 13 femmes.
De 20 à 30 ans	26 — 39 —
De 31 à 39 ans	16 — 11 —
De 40 à 49 ans	15 — 0 —
De 50 à 59 ans	5 — 0 —
Au-dessus de 60 ans	1 — 1 —

Nous ne relatons aucun chancre extra-génital au-dessous de 16 ans (chez l'enfant il n'a été signalé du reste entre 1902 et 1910, à la clinique, que 9 chancres extra-génitaux pour 1 génital (Th. de Manne, Paris, 1910).

Il est notable que sur 78 hommes atteints de chancres extra-génitaux, 26 étaient *mariés* et que sur 64 femmes atteintes de chancres extra-génitaux, 37 étaient mariées ou vivaient maritalement.

Dans les conclusions de sa thèse (Paris, 1888), Viguié écrivait que les chancres extra-génitaux sont très rares chez les *soldats*, beaucoup plus rares que chez les civils; il appert de nos relevés de fiches que 18 cas de chancres extra-génitaux (7 à la lèvre inférieure, 2 à la lèvre supérieure, 1 à la commissure labiale, 3 au doigt, 1 à l'amygdale, 1 à la langue, 1 au cou, 1 à l'oreille, 1 à l'anus) ont été observés chez des militaires pour 60 chez des civils.

Pour résumer ce qui précède, on peut dire que si, pendant la guerre, « la syphilis d'une façon générale a augmenté de plus de la moitié » (Gaucher), les chancres extra-génitaux ne sont pas parvenus pour leur total à une proportion plus élevée qu'en temps de paix en période moyenne. Le chancre du sein a été exceptionnel, sans doute en raison de l'arrêt des naissances. Mais, parmi les acci-

dents primitifs extra-génitaux, le chancre buccal s'est acéru de 10 pour 100, il a été plus souvent observé chez l'homme que chez la femme, comme d'habitude, et ce sont les lèvres comme toujours qui ont été les plus affectées. De la confrontation des statistiques, nécessitée par ce travail, il apparaît que le chancre amygdalien, dont on discutait au siècle dernier la rareté absolue et la rareté relative, doit être regardé comme plus fréquent que celui de la langue et ne doit pas être méconnu. Enfin l'on doit déduire de l'étude de la fréquence de la syphilis extra-génitale cet enseignement que la contamination buccale de la syphilis est encore bien ignorée du public, le danger des plaques muqueuses n'étant pas assez connu de lui. Cette notion nous invite à traiter rapidement de l'étiologie des chancres extra-génitaux.

Notons, au préalable, au point de vue clinique, que les chancres extra-génitaux, dont nous rapportons les observations, sont des chancres solitaires; il a été relevé pourtant trois cas de chancre double (observations 24, 75, 80) un cas de chancre triple (obs. 93) et un cas de chancre mixte double (obs. 141).

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des chancres extra-génitaux, très intéressante à connaître, a fait l'objet de beaucoup d'études. Nous devons avouer que dans la plupart de nos observations on trouvera peu de chose à ce sujet, parce qu'il ne faut guère attendre des renseignements de la part des malades. Ils déclarent ne pas savoir comment la chose est arrivée ou ils cachent parfois la vérité. L'origine de beaucoup de chancres extra-génitaux reste ignorée, impénétrable, en dépit d'enquêtes minutieuses. Avec M. le professeur Jeanselme, il faut dire : « Les chancres extra-génitaux sont les uns d'origine vénérienne, les autres de cause accidentelle » (*Gaz. des hôp.*, 8 mai 1906). Nous résumerons brièvement : 1° pour les chancres buccaux; 2° pour les chancres du visage; 3° pour les chancres du cou, du tronc et des membres; 4° pour les chancres du sein; 5° pour les chancres de l'anūs, les modes de contamination.

I. Il y a trois modes de contamination buccale : 1° la contagion génito-buccale, moins commune qu'on ne le suppose; 2° la contagion bucco-buccale, très fréquente par le *baiser* et les embrassements, car la bouche est un « foyer de vérole » à cause des lésions secondaires qui s'y

produisent, de plus la salive est un véhicule du contagé; 3° la contagion médiate, plus usuelle d'après les malades. A propos de ce dernier mode en dehors de l'allaitement, de l'insufflation, de la succion et de la contagion portée à la bouche par les doigts, voici des objets causes de contaminations : verre (obs. 43), cuiller, fourchette (obs. 77), gobelet, tétine de biberon (obs. 123), bouteille, pipe (en Extrême-Orient), bout de cigare, cigarette, brosse à dent, davier, chalumeau, canne de verrier, pipette, embouchure, trompette, sifflet, porte-voix, épingles, clous, plume, crayon, tire-ligne, pinceau, monnaie, colle à bouche, timbre-poste, jouet, bonbon, médicament.

II. La contagion du visage peut se faire de trois manières : 1° La contagion dite directe qui est : soit, de nature buccale et le plus fréquemment alors due au baiser, même celui de convenance (obs. 117), à la morsure (obs. 68), à la succion, à la sputation, soit, de nature génitale, observée de la femme à l'homme; 2° La contagion indirecte qui est produite par les doigts imprégnés de contagé spécifique et grattant un bouton (obs. 24 et 112); 3° La contagion médiate qui se produit par l'intermédiaire de mouchoir, linge, peigne, ciseaux et surtout par le rasoir d'un barbier et la pierre d'alun (obs. 105, 106, 109, 110, 112).

III. L'origine des chances du cou, du tronc et des membres est due : 1° soit à la contagion directe procédant de la bouche ou des organes génitaux; 2° soit à la contagion indirecte, apportée par des doigts souillés, par la salive, par le tatouage, par la greffe; 3° soit enfin à la contagion médiate : linge de corps, vêtement d'emprunt, objet de

litterie, gant de crin, latrines, compresse souillée, instruments médicaux, pierre infernale, ont pu entrer alors en cause. Quant à la contagion du chancre de la main elle relève soit de contamination professionnelle (médecin, infirmier, dentiste), soit d'un contact vénérien, soit d'une morsure.

IV. Le chancre du sein est dû à des morsures, à des suctions amoureuses, le plus souvent à l'allaitement (obs. 123). Les contaminations mammaires des nourrices dérivent de plaques muqueuses buccales ou de sécrétions nasales existant chez l'enfant. On a vu la contagion mammaire dériver de pratiques condamnables : dégorgement du sein par la bouche d'un adulte et façonnement du bout du sein.

V. Pour le chancre de l'anus ou du rectum, la contagion est : 1° soit directe, due à un rapport sodomitique; 2° soit indirecte et portée par les doigts, ou, chez la femme, due à l'écoulement de sécrétions venues du vagin; 3° soit enfin médiate et produite par des linges, papiers, canules, bidets, latrines, objets de toilette.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gougerot deux observations de chancres contractés « en service » à l'armée, selon des mécanismes inattendus (obs. 51). Dans les observations que nous publions, on relève pour 14 chancres du menton et 2 du cou, 5 accidents dus au rasoir de coiffeur. Il serait désirable que le bain du rasoir dans l'eau bouillie devienne de rigueur. Le baiser a été cause du plus grand nombre des infections (obs. 11, 23, 44, 93, 101, 103), le baiser de convenance a

été l'origine de quelques contagions (obs. 117). Nous rapportons deux cas de syphilis familiale (obs. 45 et 123, cette dernière publiée par M. le Professeur Jeanselme). Trop de gens ignorent que la plaque muqueuse buccale est dangereuse au même titre que le chancre. La plaque muqueuse, lésion insignifiante, permet à des gens de transmettre presque inconsciemment la syphilis, lorsqu'ils auraient hésité à la communiquer par le chancre. La vulgarisation des divers modes de contagion par des conférences semble être le meilleur moyen prophylactique. C'est de l'ignorance que procèdent, en nombre de cas, les contaminations.

OBSERVATIONS

L'abus du chiffre en médecine l'a fait tomber en discrédit. Il ne faut pas demander au chiffre la raison des faits, il ne peut à lui seul exprimer la physionomie des manifestations pathologiques, il ne se prête qu'à résoudre les questions qui reposent sur des faits accomplis. Aussi, après avoir considéré une statistique, nous réunirons les observations qui ont servi à l'établir, en les groupant par région anatomique. Ces faits ayant souvent une histoire incomplète et se répétant les uns les autres, nous les ferons précéder de considérations donnant les traits principaux de chaque groupe de chancres extra-génitaux. On a publié de nombreuses contributions à l'étude de l'aspect clinique des chancres extra-génitaux, nous les résumerons. Le diagnostic de ces accidents n'est pas toujours facile à établir, mais la recherche du Tréponème, la séro-réaction de Wassermann sont d'un grand secours. Ce qui est capital, c'est de se rappeler ce que disait d'ailleurs Fournier : « Ce n'est pas un art de reconnaître un chancre, c'est un art d'y penser ».

CHANCRE DE LA LÈVRE

Le chancre labial est trois fois plus fréquent que tous les autres chancres buccaux. Il s'observerait chez l'homme à égalité entre la lèvre supérieure et l'inférieure, tandis que chez la femme la lèvre inférieure est plus souvent atteinte que la supérieure. Le chancre commissural est rare. Habituellement, ce chancre est solitaire, exceptionnellement multiple. Il débute par une lésion insignifiante en apparence : bouton, gerçure, crevasse, mais, en quelques jours, il acquiert tout son développement.

On le classe sous différents types. Le chancre érosif, particulièrement commun, consiste en une érosion ovale, superficielle, lisse, rouge jambonnée, dont l'induration « parcheminée » doit être recherchée; il guérit rapidement. Le chancre croûteux, brunâtre, est fréquent; sa croûte est épaisse et étendue et peut donner l'illusion de rupia. Le chancre ulcéreux, lisse, rouge chair musculaire est fréquent, cette forme est plus commune en ce siège qu'aux organes génitaux. L'ulcération est excavée, en pente douce, à base indurée, parfois recouverte d'une croûte noirâtre dans la partie cutanée, et d'un enduit diphthéroïde dans la partie muqueuse. Le chancre papuleux « en pastille » est plus ou moins dur au toucher. Le chancre hypertrophique est rare, il constitue une hypertrophie chondroïde de la lèvre, c'est le « chancre tumeur ». Le chancre phagédénique a été signalé. Le chancre nain, lenticulaire est très rare, attire peu l'attention; l'adénopathie seule le fait soupçonner. Aux commissures labiales, on rencon-

tre le chancre fissuraire composé de deux noyaux durs qui s'écartent plus ou moins l'un de l'autre (Nous rapportons 24 chancres coùteux, 14 ulcéreux, 5 ulcères croûteux, 11 érosifs, 7 papuleux, 3 fissuriques).

Dans le cas de chancre de la lèvre, il n'existe pas de chaîne ganglionnaire; on ne trouve qu'un seul ganglion hypertrophié, siégeant à l'angle de la mâchoire ou dans la région sus-hyoïdienne, suivant que l'accident primitif se trouve à la lèvre supérieure ou à l'inférieure. Ce ganglion est volumineux et douloureux. Le chancre labial dure de 4 à 6 semaines et disparaît sans laisser de cicatrice. L'induration (réserve faite de l'emploi d'un caustique), le bubon satellite et la forme arrondie sont les trois symptômes capitaux du chancre.

On peut avoir à distinguer le chancre labial : 1° de l'impétigo ; 2° de l'herpès qui n'est pas induré, manque d'adénopathie, est à contour mycrocyclique et offre des vestiges de vésicules visibles à la loupe; 3° de l'ulcération tuberculeuse, multiple, douloureuse, non indurée, à bords décollés et déchiquetés, plus profonde que le chancre et entourée de points jaunes; 4° de plaques muqueuses multiples, opalines; 5° de la gomme, à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux; 6° de la sporotrichose. Mais, 7° l'affection dont il doit être surtout diagnostiqué, c'est l'épithélioma : or, l'indolence, l'induration de la base, la précocité de l'adénite sont des éléments suffisants pour affirmer un chancre, sans attendre les accidents secondaires. Au contraire, en dehors des commémoratifs et de l'âge du malade : le saignottement, l'aspect bourgeonnant de la plaie

couverte de fongosités et laissant sourdre des sanies, ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une tumeur dont l'évolution est lente, d'ailleurs. L'actino mycose constitue une surprise de diagnostic.

Chancres de la lèvre inférieure. — Observation 1 (fiche n° 37.526 de la clinique). — G., 36 ans, soldat a, depuis six semaines environ, un chancre induré de la lèvre inférieure avec petit ganglion au-dessous du menton. L'accident consiste en une exulcération, rouge, arrondie comme une pièce de 0 fr. 50, non croûteuse, à base parcheminée, occupant la partie supérieure de la moitié gauche de la muqueuse. Une éruption roséolique est manifeste. Traitement : injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Obs. 2. — M., 40 ans, ajusteur, le 7-8 1915, présente une lésion croûteuse, très indurée, sur le segment cutané droit de la lèvre inférieure, datant de 3 semaines. Les ganglions correspondants sont difficilement perceptibles. Réaction de Wassermann : positive. Dix jours après, ayant en 9 piqûres de benzoate de mercure le malade est en état d'amélioration. Il continuera les piqûres. (fiche 38442).

Obs. 3 (39060). — T., père de famille, consulte le 15-10 1915 pour une lésion croûteuse, bien limitée, dure de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-maxillaire correspondante. La lésion est à moitié cicatrisée et remonte à 15 jours. Il n'a pas encore été bien traité. Il lui est fait des injections intraveineuses de cyanure. Ce soldat a été contaminé par une prostituée.

Obs. 4 (41022). — T. L., 25 ans, a un chancre induré érosif de la semi-muqueuse de la lèvre inférieure, depuis 6 semaines, en voie de disparition, le 29-4 1916. Il a des plaques muqueuses de la gorge et une adénopathie sous-mentonnière. Le 24 mai : guérison après 16 piqûres. Le 19 juin, plaques muqueuses de la lèvre inférieure ; il reprend 15 piqûres. Le 9 juillet,

les accidents ont disparu ; après dix jours de repos, il recommencera 10 piqûres. Le 8 octobre, le malade ne s'est plus traité ; il revient avec des plaques hypertrophiques des amygdales ; il reçoit quinze piqûres. Le 8 décembre, il est atteint de blennorrhagie.

Obs. 5. (41086). — R., 18 ans, employé de commerce, se montre, le 6-5 1916, à la Policlinique avec un accident primitif de la semi-muqueuse de la lèvre inférieure, partie médiane d'autant de 18 jours. On a sous les yeux une érosion lisse, rouge jambon, circulaire, de la largeur de l'ongle du petit doigt, avec induration foliacée et adénopathie sous-maxillaire caractéristique. Traitement : injections de benzoate.

Obs. 6 (41310). — G., 30 ans, consulte, 30-5 1916, pour un chancre fissuraire, médian, de la lèvre inférieure ayant débuté vers le milieu d'avril. Il n'y a pas prêté attention et, malgré cet état, a vu trois femmes. Actuellement, il a des plaques muqueuses érosives, tapissant les lèvres, les commissures, les amygdales.

Obs. 7. (41491). — C., 27 ans, le 10-6 1916, a depuis plus de trois semaines, un chancre papuleux, rouge brún, de la lèvre inférieure accompagné d'une adénopathie sous-maxillaire. On lui trouve des plaques muqueuses de la gorge. Traitement mercuriel.

Obs. 8. (41654). — R. A. 34 ans, 28-6 1916, est atteint à la lèvre inférieure, depuis un mois, d'un chancre croûteux brunâtre, dur indolent, faisant un relief de 2 millimètres et du diamètre d'une pièce de un franc, avec adénopathie cervicale énorme. Le 31-7, il lui a été fait 15 piqûres ; la croûte du chancre a disparu après la douzième, il présente des plaques muqueuses de la gorge. Revu, sans accident, le 2 décembre, il a suivi régulièrement un traitement par piqûres. Le 2 février 1917, il a des plaques muqueuses de la lèvre inférieure.

Obs. 9. (41964). — A., Métallurgiste, a eu un chancre de la lèvre inférieure, il y a 3 mois, et a reçu 10 piqûres de benzoate ; il présente, le 23-7-1916, des plaques muqueuses de la verge et de la lèvre inférieure. Réaction de Wassermann : positive (I. Pasteur). Prend 3 séries de 15 piqûres, cesse 2 mois ce traitement et revient consulter, le 1^{er}-12, pour un mal de gorge : il a les piliers et les amygdales très rouges et pas de plaques muqueuses. Traitement : gargarisme ; continuera les piqûres. Il est revu le 13-6-1917, pour une gomme du pied droit : piqûres de benzoate et iodure de potassium.

Obs. 10. (42301). — G., 25 ans, marié, gardien de la paix, date de deux mois le 5-10 1916, une lésion cutanée, arrondie, croûteuse, grosse comme une pièce de dix sous, à base indurée siégeant à la limite de la lèvre inférieure, partie médiane. Une induration marquée existe dans les ganglions sous-mentonniers. Ce chancre est guéri après une série de 15 piqûres de benzoate de mercure.

Obs. 11. (42429). — G..., 16 ans, cuisinier, a, le 4-9 1916, depuis 1 mois, un chancre induré, ulcéreux, projetant la lèvre inférieure en avant, accompagné d'une volumineuse adénopathie cervicale et d'une tuméfaction de la région sous-maxillaire donnant un gros empâtement. Il présente sur le tronc quelques éléments maculeux, mais pas de roséole nette. Il y a un mois, il aurait eu une blennorrhagie avec une fille de salle qui l'aura contaminé autrement.

Obs. 12. (43.019). — B..., 55 ans, marié, modelleur, le 28-10 1916, présente un chancre induré ulcéro-croûteux de la lèvre inférieure, croûteux seulement sur la partie cutanée, avec grosse adénite sous-maxillaire bilatérale. Pas de roséole. Après 10 piqûres il a de la stomatite. On cesse les injections dix jours. Le 15 novembre, le malade revient avec des plaques muqueuses de la lèvre inférieure. Nouvelle série de piqûres, nouvelle stomatite. Le 10 décembre, il voit un dentiste. Il re-

çoit trois séries de piqûres. Est revu le 1^{er} 3 1917, porteur de plaques muqueuses amygdaliennes.

Obs. 13. (43.252). — D..., 55 ans, ébéniste, marié, contaminé, il y a cinq semaines ; a vu apparaître, il y a 2 semaines, au 11-11 1916, une lésion croûteuse sur la muqueuse de la lèvre inférieure, à 0 m. 01 de la commissure gauche, avec induration parcheminée, nette. Volumineuse adénouathie sous-maxillaire gauche. Pas d'accidents secondaires. Le chancre est guéri après 20 piqûres. Le 3-10 1917, le malade est revu avec une roséole de retour, après un an, généralisée. Il n'a pas pris de piqûres, depuis 1 mois et demi. Il a été opéré d'hémorroïdes, à l'hôpital Bichat. Le 3-7 1918, il revient à la polyclinique pour une syphilide ecthymatiforme du coude, avec croûte brunâtre et ulcération superficielle à bords réguliers

Obs. 14. (43325). — B..., 24 ans, zouave, célibataire, vivait maritalement, depuis 5 ans, avec la même femme. Après avoir eu une blennorrhagie, a contracté un chancre induré, croûteux, brun foncé, de la lèvre inférieure, ayant l'étendue d'un franc, avec grosse adénopathie sous-mentonnière et sous-maxillaire droite. Wassermann : H2-H3. Entre salle Saint-Louis le 15-11 1916. Amélioration notable de la lésion après 15 piqûres de benzoate. Sort de l'hôpital, le 25 déc. ; n'a pas d'accidents apparents. Continuera à se traiter par des pilules ou des injections mercurielles.

Obs. 15. (43863). — M..., 18 ans, étudiant en droit, artilleur, vient consulter, le 6-1 1917, pour une lésion ulcéreuse, arrondie, croûteuse de la lèvre inférieure, durant depuis 3 semaines, avec adénopathie sous-maxillaire. Pas de roséole, pas de plaques muqueuses, réaction de Wassermann négative, mais il s'agit quand même d'un accident primitif. Deux mois auparavant le malade a été contaminé par une femme du Quartier Latin.

Obs. 16. (44420). — S..., 31 ans, dessinateur, contracté, en janvier 1916, un chancre de la lèvre inférieure, soigné par 5 injections de néosalvarsan (0.30 ; 0.45 ; 0.60 ; 0.75 ; 0.45). A la suite de la dernière injection, il a eu passagèrement de la surdité et, pendant 10 jours, de la paralysie faciale gauche. Il a pris ensuite 107 piqûres de benzoate d'Hg. Le 20-2 1917, il n'a pas d'accidents. Il suit un traitement mercuriel régulier. Revu le 15 juillet 1918, il n'a pas d'accident.

Obs. 17 (44629). — C..., 42 ans, marié, 6 enfants. A contracté depuis 4 mois (24-2 1917) un chancre induré ulcéreux de la lèvre inférieure, avec adénopathie sous-maxillaire. La syphilis lui a été communiquée par une jeune veuve avec laquelle il cohabite. A actuellement de la roséole et des plaques muqueuses amygdaliennes.

Obs. 18. (45178). — M..., Belge, 30 ans, syphilité, il y a 13 mois ; l'accident primitif siégeait à la lèvre inférieure. Wassermann positif, le 25-11 1916. Soigné par des injections de benzoate.

Obs. 19. (46651). — W..., 47 ans, employé, vient consulter, le 19-3 1917, pour un chancre induré de la lèvre inférieure, de forme ulcéreuse, plate, nettement arrondie, de la dimension de 0 f. 50, de teinte rouge chair musculaire, avec adénite cervicale gauche et sous-maxillaire, ayant débuté il y a un mois. Il a des plaques muqueuses opalines, érosives sur l'amygdale gauche. Le 3 avril, le chancre a presque complètement disparu.

Obs. 20. (47129). — V..., 28 ans, métallurgiste à Saint-Denis, a eu en juin 1916, un chancre croûteux de la lèvre inférieure avec grosse adénopathie sous-maxillaire. Une recherche du tréponème à l'ultra-microscope fut positive. Dans la suite, il a eu la roséole et des plaques muqueuses de la verge. Le 27-9 1917, il a des plaques muqueuses amygdaliennes. Suit un trai-

tement régulier. Revu le 13-1 1918 : pas d'accidents ; continue son traitement par des pilules.

Obs. 21. (47286). — M..., 53 ans, journalier, marié, ayant 3 enfants, entre à l'hôpital le 14-6 1917, pour un chancre ulcéreux à fond bourgeonnant, à base légèrement indurée, datant de 3 semaines, avec adénopathie sous-maxillaire peu marquée. Le 20 juin, on découvre chez lui une roséole, des plaques muqueuses scrotales et des syphilides papulo-squameuses généralisées. Sorti de l'hôpital le 27 juin, ayant 13 piqûres de benzoate.

Obs. 22. (47338). — Q..., 33 ans, télégraphiste, a eu, en avril 1917, un chancre induré de la lèvre inférieure avec grosse adénopathie sous-mentonnière, actuellement cicatrisé, il a eu 3 injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Le 23-6 1917 : Wassermann, H5-H6.

Obs. 23. 47452). — F..., 40 ans, a présenté, il y a 5 semaines, un chancre induré de la lèvre inférieure à droite, le 24-6 1917 ; il a encore une adénopathie sous-maxillaire légère, correspondant à l'accident primitif, qui est cicatrisé, mais laisse une dépression cupiliforme dure. Il a suivi un traitement par piqûres de benzoate. Pas d'accidents.

Ob. 24. (47689). — D..., 36 ans, marié, artilleur, s'est vu atteint (il y a 3 semaines, le 18-4 1917), à la lèvre inférieure à gauche, d'un bouton qui s'est couvert d'une croûte à la suite de grattage. Actuellement, cette lésion est ulcéreuse, a la dimension d'un franc, occupe la moitié externe de la lèvre, arrive jusqu'à la commissure et se prolonge à la face interne de la joue. Elle est rouge, légèrement creuse, à base d'induration globuleuse. On ne trouve qu'un gros ganglion à l'angle gauche du maxillaire inférieur. Le tout est indolore ; il s'agit d'un chancre. A l'examen de la gorge, l'amygdale gauche paraît notablement augmentée de volume, normalement colorée, indolore. Il existe des taches de roséole sur les flancs.

Le malade a eu des rapports sexuels avec une ouvrière d'usine qui a eu des boutons sur les lèvres et est actuellement traitée par un spécialiste. Il a une adénite inguinale bilatérale et, au niveau du sillon balano-prépucial, un accident primitif survenu 8 jours après celui de la lèvre, consistant en deux lentilles arrondies, exulcérées, à base indurée. Traitement : injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure, en série de 10. La lésion est encore tenace le 8 juin ; le malade a de la stomatite à la suite de ses piqûres ; il est amaigri, anémié. Injections intra-musculaires d'hectine. Sort de l'hôpital le 12 août.

Obs. 25. (48822). — D..., 33 ans, entre à l'hôpital le 27-10 1917, pour une exulcération dure, arrondie, comme une pièce de 0 fr. 50, non croûteuse, occupant la partie inférieure de la moitié gauche de la muqueuse de la lèvre inférieure. L'induration de l'angle gauche de la mâchoire fait défaut ; mais il existe une augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires à gauche. Le début remonte à un mois et demi. On constate une éruption de roséole sur les parties latérales du thorax. Le mode de contamination est inconnu. Traitement : injections intra-veineuses de cyanure d'Hg. Sort de l'hôpital le 19 novembre. A dater du 23-2 1918, il lui est fait une série de 4 injections hebdomadaires de néosalvarsan (3 gr. 30 en tout).

Obs. 26. (51027). — B..., 32 ans, mobilisé dans une usine d'automobiles, entre salle Saint-Louis (8-12 1917) pour une lésion arrondie à la face interne de la lèvre inférieure, à environ 1 cm. audessous du rebord de l'organe. Cet accident remonte à 1 mois. On trouve une induration locale marquée et une grosse adénite cervicale et sous-maxillaire. L'origine de la contamination ne peut être retrouvée. Une éruption généralisée apparaît, 4 semaines après le chancre. Le 1^{er}-1 1918 le chancre a presque disparu. Traitement mercuriel régulier. A dater du 16-12 1918, il lui est fait une série de 10 injections de néosalvarsan (5 gr. 25 en tout).

Obs. 27. (51745). — C., 40 ans, gardien de la paix, le 27-1 1917, vient consulter pour un chancre ulcéro-croûteux, à base dure, exubérante, de la lèvre inférieure. Début remontant à un mois. Adénite sous-maxillaire droite apparue, il y a trois semaines. Wassermann : H3, H 4. Une roséole confluente apparaît. Il lui est fait 10 piqûres de benzoate, puis, à partir du 21 février, 9 injections hebdomadaires de 914 dont 6 de 0 gr. 60 et la dernière de 0 gr. 75. L'accident de la lèvre a disparu au milieu du traitement.

Obs. 28 (3668). — Mlle F., 26 ans, caissière, a remarqué, il y a, le 20-2 1915, un mois, qu'elle avait à la lèvre inférieure une crevasse qui s'est agrandie progressivement. Cette lésion est devenue une ulcération croûteuse, à base dure et exubérante, accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire à ganglions indolents. Il s'agit d'un A. P.. Cette malade a eu un ami présentant une lésion semblable et traité à Versailles. Le 3 mars, après une série de 8 piqûres de benzoate, elle est atteinte de stomatite. Traitement : gargarismes, poudre dentifrice, eau d'Uriage, iodure de potassium, 2 gr. par jour. Stomatite s'améliore. Les injections de benzoate recommencent le 7 mars. La malade se plaint de perdre ses cheveux le 29 mars, ne peut supporter les piqûres et prendra 15 pilules de sublimé par mois. Pas d'accidents le 10-7- 1915.

Obs. 29 (36893). — Mme L., 36 ans, p. m. d. r. entre à l'hôpital, le 12-3 1915. — A, depuis 14 jours, une lésion chancreiforme indurée, à surface ulcéreuse, lisse, d'aspect diphtéroïde à la lèvre inférieure, partie latérale droite. Ganglion hypertrophié à l'angle droit du maxillaire inférieur. Il s'agit d'un accident primitif. Pas d'accident cutané. Après une série de 10 piqûres, la malade quitte l'hôpital, tout accident apparent guéri ; elle continuera le traitement par injections de benzoate ou pilules.

Obs. 30 (37015). — Mlle A. O., 18 ans, couturière, mariée, est admise salle Henri IV, le 20-3 1915, pour un chancre

induré de la lèvre inférieure, à début remontant à un mois et demi. Il s'agit d'une ulcération plate, superficielle, rouge, d'aspect humide diphtéroïde avec gros ganglion sous-maxillaire gauche. La malade ignore comment elle a été contaminée, son mari serait indemne. Elle quitte l'hôpital, le 5 avril, après une série d'injections de 0 gr. 02 de benzoate de mercure ; elle n'est pas guérie, mais très améliorée ; l'adénite a disparu, le chancre labial est presque cicatrisé. La malade rentre à l'hôpital du 26 avril au 23 mai, pour une série de piqûres, puis sort sur sa demande.

Obs. 31 (37025). — Mme B., 26 ans, a eu, il y a, le 20-2 1915, trois mois, un chancre induré croûteux de la lèvre inférieure, traité par 10 piqûres d'hectine et 6 injections hebdomadaires d'huile grise et qui n'a pas laissé de trace. Actuellement, elle a le dos de la langue dépapillé, par suite de la disparition de syphilides linguales.

Obs. 32 (38220). — Mme K., 22 ans, gilette, le 15-7 1915, a, depuis 4 ou 5 jours, une petite lésion ulcéreuse, dure, de la lèvre inférieure, rougeâtre avec points grisâtres, et un ganglion rétro-génien ; aucun autre accident, aucune lésion vulvaire n'apparaît. Dans les mois suivants, la malade prend des séries de 15 piqûres de benzoate. Le 13 décembre, aucune cicatrice, aucune induration n'est perceptible à la lèvre.

Obs. 33 (38449). — Mlle P., 18 ans, soudeuse, entre, le 8-8 1915, salle Henri IV, pour une petite croûte jaunâtre, à base indurée qu'elle porte, depuis 18 jours, à la lèvre inférieure. Pas d'adénopathie sous-maxillaire, mais quelques ganglions sous le sterno-cleïdo-mastoïdien. Le 20 août, elle présente quelques plaques muqueuses vulvaires. Sortie de l'hôpital, le 30 août. Continue régulièrement son traitement. Pas d'accident au 29-2 1916.

Obs. 34 (39398). — Mlle D., 18 ans, chocolatière, le 16-11 1915, présente, depuis 1 mois à la lèvre inférieure, partie médiane, un chancre d'aspect papilliforme, ressemblant à

une petite tumeur, ulcérée superficiellement, à fond couleur chair musculaire, à base indurée et facilement saignante. Gros ganglion sous-mentonnier et petits ganglions à l'angle droit du maxillaire inférieur. Elle aurait été contaminée par son fiancé. Entrée à l'hôpital le 19 novembre, on constate que le chancre est en bonne voie de guérison, le 1^{er} décembre, mais que le ganglion sous mentonnier persiste. Elle sort de l'hôpital, le 8 décembre, sur sa demande. Le chancre a disparu et ne laisse qu'une induration légère.

Obs. 35 (40231). — Mme C., 22 ans, couturière, le 12-2 1916, vient consulter pour un chancre induré, papuleux, du bord libre gauche de la lèvre inférieure, datant de trois semaines. Le segment cutané est recouvert d'une croûte noirâtre qui arrachée, laisse paraître une surface rouge, saignante. Adénopathie indolente au voisinage de l'angle gauche de la mâchoire. Pas d'accidents secondaires.

Obs. 36 (40337). — Mme L., 36 ans, le 26-2 1916, a, depuis 15 jours, un chancre induré mi-cutané, mi-muqueux de la partie droite de la lèvre inférieure, constitué par une portion antérieure croûteuse, épaisse, brunâtre, peu adhérente dont le décollement laisse voir une exulcération, rouge, bourgeonnante, la portion postérieure de la lésion en contact avec l'autre lèvre est lisse, luisante, couleur chair musculaire, teintée de gris, avec bourrelet cicatriciel à la périphérie. Il existe une adénopathie cervicale et un gros ganglion hypertrophié, douloureux à l'angle droit du maxillaire. La malade ne peut expliquer comment cet accident lui est survenu.

Obs. 37 (40755). — Mme T. 27 ans, le 1^{er} avril 1916 a, depuis un mois, une exulcération ovale, rouge, indurée, siégeant au milieu de la lèvre inférieure sur la submuqueuse et un ganglion sous-mentonnier énorme, indolent. Rien sur le corps, ni à la gorge. Le 14 juin, la malade a pris

8 piqûres de benzoate ; apparition de roséole. Le 28 juin, la malade se plaint de céphalée.

Obs. 38 (41450). — Mme S., 18 ans, échantillonneuse, le 10-6 1916, a un chancre érosif de la lèvre inférieure, datant de 4 semaines, actuellement cicatrisé, ayant laissé de l'induration et une adénopathie sous-maxillaire gauche. La malade présente des plaques muqueuses opalines de la gorge et une roséole papuleuse du tronc et des cuisses. Après quelques jours de malaise, cette femme, le 25-7 à T = 38°5, de l'enchiffrement, et de la rougeur du voile du palais et une éruption érythémateuse étendue à la face, au tronc, aux membres supérieurs et au ventre, avec intervalles de peau saine. Ces signes, accompagnés de toux, bronchite, déterminent son envoi pour rougeole dans un service de contagieux.

Obs. 39 (41690). — Mme B., 26 ans, se présente, le 1-7 1916, avec un œdème dur de la lèvre inférieure et une érosion rouge, superficielle, lisse de la muqueuse labiale à droite. Il existe, du même côté, une adénopathie sous maxillaire, assez douloureuse. L'accident daterait de 5 semaines. Le malade a des syphilides papulo-squameuses disséminées sur le tronc et les membres. Traitement : 15 piqûres de benzoate, par mois. La malade est revue, le 1^{er} novembre ; elle a des plaques muqueuses buccales.

Obs. 40 (42122). — Mlle G., 18 ans, le 15-7 1916, a, depuis 2 mois, un chancre induré, ulcéro-croûteux de la lèvre inférieure avec gros ganglion maxillaire droit. Plaques muqueuses érosives des amygdales. Pas d'autre accident.

Obs. 41 (42247). — Mme G., 24 ans, traitée régulièrement par des séries de 12 injections de benzoate de mercure chaque mois pour un chancre induré, croûteux de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-maxillaire, à partir du 11 novembre 1916, n'ayant pas eu d'accident secondaire, se

présente à la consultation, le 1-5 1919, avec des plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais. Ces accidents disparaissent. Traitement bien observé par la malade : 10 jours de piqûres et 10 jours de pilules par mois. Séro-réaction de Wassermann : Ho, le 21-3 1918.

Obs. 42 (42248). — Mme R., 21 ans, le 11-11 19 6, se présente avec un chancre induré ulcéro-croûteux de la lèvre inférieure, du côté gauche, avec adénopathie sous-maxillaire correspondante. Cet accident a débuté, il y a quinze jours. Roséole maculeuse apparaît sur les flancs, quelques jours après, puis sur le thorax et le cou.

Obs. 43 (43177). — Mlle D., 16 ans, le 4 novembre 1916, consulte pour un chancre érosif, ovalaire, lisse, à base lamelleuse, de la semi-muqueuse de la lèvre inférieure, accompagné d'adénopathie sous-maxillaire gauche. La malade prétend avoir bu dans un verre malpropre. La lésion remonte à trois semaines. Une roséole généralisée apparaît, 4 semaines après le chancre.

Obs. 44 (44325). — Mlle P., 24 ans, cuisinière en maison bourgeoise, le 7-2 1917, est envoyée par un médecin pour confirmation de diagnostic d'accident primitif. Elle porte à la partie médiane de la submuqueuse de la lèvre inférieure une ulcération arrondie, superficielle, à base dure, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux. Grosse adénopathie sous-mentonnière. La malade aurait été embrassée sur la bouche, par un ami avec qui elle n'a eu aucune autre relation. Après 15 injections de benzoate, le chancre est cicatrisé (5^e semaine), mais l'induration subsiste et l'adénopathie n'a presque pas diminué. On n'a pas remarqué d'accidents secondaires jusqu'au 3 avril, date où la malade quitte l'hôpital.

Obs. 45 (44385). — Mme L., 23 ans, vernisseuse, enceinte, de 3 mois, a, le 10-2 1917, depuis 3 semaines, un A. P. de la lèvre inférieure, avec adénopathie cervicale. Son mari mo-

bilisé n'est pas venu en permission depuis 3 mois. Traitement : 20 piqûres par mois, en raison de l'état de grossesse. Le 29 avril, le malade présente quelques papules sur le visage, autour de la bouche, et de l'acné du dos ; elle a eu 2 séries de piqûres. Peu de jours après cette visite, la malade a une fausse couche ; on apprend que son père est soupçonné d'avoir été contaminé. Il aurait transmis la maladie à sa fille. Le 13 mai, la malade revient avec ses deux enfants : l'un âgé de six ans, bien portant ; l'autre, âgé de 2 ans, porteur de plaques muqueuses buccales, traitées comme des aphtes par des gargarismes. En examinant cet enfant, on lui découvre des ganglions cervicaux, des syphilitides anales et de gros ganglions inguinaux bilatéraux, l'anus paraît le siège de l'accident initial.

Obs. 46 (45402). — Mlle R., 26 ans, domestique, vient consulter le 21 avril 1917, pour un chancre de la partie médiane de la lèvre inférieure, caractérisé par une exulcération ovale de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, sans bord, à base dure, lamelleuse. Adénopathie sus-hyoïdienne modérée et multiple. L'accident remonte à un mois. La malade avait des crevasses sur la bouche. Une roséole généralisée est manifeste. Admise à l'hôpital, sort guérie après 20 injections, le 26 mai.

Obs. 47 (46922). — Mlle M., 30 ans, blanchisseuse, le 22-7 1917, présente un chancre induré de la lèvre inférieure, partie moyenne ; c'est une érosion de la largeur de l'ongle du petit doigt, à contour régulier, avec adénopathie sous-mentonnière. Mobilisé, le mari de cette femme est venu en permission en avril. La malade a de la céphalée et une éruption secondaire papuleuse.

Chancre de la lèvre supérieure. — Obs. 48 (39199). — F., 26 ans, tirailleur algérien, le 28-10 1919, présente depuis 12 jours, à la lèvre supérieure, partie semi-muqueuse latérale, droite, une ulcération lisse, rouge chair musculaire, à base.

ture, avec un ganglion énorme, indolent, à l'angle droit du maxillaire inférieur. Ce chancre est traité par injections intra-veineuses de cyanure d'Hg.

Obs. 49 (41908). — D., 53 ans, a un chancre induré papuleux de la lèvre supérieure, partie médiane, depuis 4 semaines. Adénopathie sous-maxillaire. Le 15-7 1916 : roséole sur la poitrine et le cou, plaques muqueuses de la bouche, syphilides papuleuses du cuir chevelu. Amélioré le 3-9.

Obs. 50 (41912 bis). — P., 40 ans, wattman, entre salle St-Louis, le 16-7 1916. A, depuis 8 jours, un chancre induré, croûteux, à la lèvre supérieure, partie médiane. Grosse adénopathie sous-mentale. Roséole sur le tronc le 21-7. Quitte l'hôpital le 10-8. Consulte le 17-11 pour plaques muqueuses de l'amygdale. Revu le 11 octobre 1918, s'est traité régulièrement.

Obs. 51 (publiée par M. le professeur agrégé Gougerot, « An. des mal. vén., mars 1919). — « Il nous paraît utile d'indiquer deux chancres non encore décrits à notre connaissance.

« L'un est un chancre du téléphoniste, au point où le bord
« du cornet frotte contre la lèvre supérieure gauche, car le
« téléphoniste tient le cornet de la main gauche, pour écrire
« avec la main droite. Malade observé avec M. L. Lévy.
« Il semble évident qu'un syphilitique, porteur de plaques
« muqueuses, ayant parlé avant le malade avait postillonné
« des gouttelettes de salive chargées de trépomènes sur le
« bord du cornet téléphonique. Le malade ne se souvenait pas
« avoir eu d'écorchures, ni d'herpès... qui auraient servi de
« porte d'entrée. »

« L'autre est le chancre du cuisinier militaire aux tranchées, du « cuistot », il siège à la gencive supérieure. Malade observé avec M. Clara. En effet, les cuistots avaient pris l'habitude d'activer leur feu en soufflant dans un fourreau de baïonnette, coupé à son extrémité. Il semble

certain qu'un syphilitique avait soufflé avant notre malade, « souillant de son virus le fourreau de baïonnette servant « de soufflet. Les incisives supérieures sont tombées, le bord « de la gencive est tuméfié, largement et profondément ul- « céré, bourgeonnant, induré, les bords bourgeonnants sont « comme éversés. Ces chancres ayant été contractés en ser- « vice, on voit que ces cas soulèvent la question de respon- « sabilité de l'Etat, de même qu'en temps de paix, ils soulè- « veraient la question des accidents du travail. »

Obs. 52 (43250). — D., 33 ans, célibataire, employé à la Compagnie de l'Est, consulte le 11-11 1916 pour un chancre induré, croûteux, de la lèvre supérieure, partie médiane, d'a- tant d'une quinzaine de jours. Adénopathie sous-maxillaire volumineuse, indolente. Contaminé par une prostituée. Trai- tement : piqûres de benzoate. Pas d'amélioration le 16 no- vembre. Le chancre est en bonne voie de cicatrisation le 26 vembre. Le chancre est en bonne voie de cicatrisation le 26 lade revient avec des plaques muqueuses amygdaliennes, opalines, de la roséole et des syphilides papulo-squameuses sur le tronc.

Obs. 53. (43343). — F. A. 31 ans, couvreur, a, depuis 1 mois, un accident primitif croûteux à la partie médiane semi-muqueuse de la lèvre supérieure, accompagné d'a léno- pathie sous-maxillaire et sous-mentonnière. Il a de plus une roséole généralisée.

Obs. 54 (43676). — B., 29 ans, tourneur, marié, a (18-12 1916), une papule indolente et dure, à cheval sur la muqueu- se et la peau de la lèvre supérieure, partie droite, recouver- te d'une croûte brune, cachant une érosion saignant au frot- tement. Adénopathie cervicale droite, proche de l'angle du maxillaire inférieur. Le malade n'aurait pas eu de rapports extra-conjugaux.

Obs. 55 (43867). — M., 18 ans, célibataire, arrive à l'hôpital, le 6 janvier 1916, avec une roséole, des plaques muqueuses sur les amygdales et les piliers et quelques ganglions inguinaux. Il n'a eu aucune lésion de la verge ; mais il a sur la lèvre supérieure, à la partie médiane, une ulcération fissuraire, indurée, avec adénopathie cervicale et gros ganglion sous-maxillaire. Cet A. P. remonterait à environ 3 mois et n'avait pas été diagnostiqué jusqu'à l'apparition de la roséole. Le 22 janvier, le malade a reçu 12 piqûres, est amélioré.

Obs. 56 (44094). — R., 18 ans, parqueteur, le 26-1 1917, a depuis 2 mois, un chancre induré papilliforme, rougeâtre de la lèvre supérieure avec adénopathie sous-maxillaire du côté gauche, des syphilides papuleuses, orangées, indurées, non squameuses du menton, des plaques muqueuses opalines sur les amygdales.

Obs. 57 (45057). — S., 25 ans, célibataire, mouleur, entre à l'hôpital pour un chancre induré, croûteux, volumineux, occupant la partie médiane de la lèvre inférieure. La croûte est brunâtre, adhérente, enlevée après ramollissement préalable, elle laisse à découvert une surface érosive, rouge. Cet homme a eu plusieurs amies de rencontre, il a vu plusieurs femmes alors qu'il avait ce chancre. Séjourne à l'hôpital, du 2 au 28 novembre 1917.

Obs. 58 (45662). — R., 18 ans, ajusteur, à la suite de contacts buccaux, avec une fille publique qu'il fréquente depuis 4 mois, est atteint d'un chancre semi-muqueux, croûteux, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, brunâtre, induré avec adénopathie sous-maxillaire gauche datant d'un mois.

Obs. 59 (48492). — D., 49 ans, électricien, n'a pas eu de rapports depuis 4 ans, présente sur la semi-muqueuse de la lèvre supérieure un chancre érosif, lisse, ovalaire, de teinte chair musculaire, à base dure lamelleuse et une adénopathie

sous-maxillaire gauche volumineuse. Améliorée après 16 piqûres de benzoate. Continuera son traitement par piqûres ou pilules. Après deux séries de piqûres, n'offre pas d'accident.

Obs. 60 (36112). — Mme L., couturière, le 23-1 1915, porte depuis quinze jours, à la partie médiane de la lèvre supérieure, une croûte brunâtre du diamètre d'une pièce de 20 centimes, compacte, adhérente, à base légèrement indurée, non améliorée par une pommade au calomel, accompagnée de ganglions sous-maxillaires, indolents, bi-latéraux. Après deux séries de 20 piqûres la malade revient, elle a des plaques muqueuses buccales et une roséole légère sur les flancs. Revue le 10 novembre après un traitement mercuriel peu régulier, surtout depuis trois mois, elle a de l'ictère. En février 1916, elle présente des syphillides de la petite lèvre gauche.

Obs. 61 (36362). — Mlle L., 24 ans, ménagère, le 28-1 1915, a depuis un mois un chancre induré croûteux de la lèvre supérieure, accompagné d'un ganglion de l'angle gauche de la mâchoire et une éruption de lésions papulo-érosives sur le corps. Le 15 mai, la malade a eu 5 séries de 15 piqûres de benzoate de mercure ; elle présente sur les bras et les jambes des lésions papulo-squameuses qui n'ont pas l'aspect de psoriasis à l'épreuve du grattage et coïncident avec les accidents secondaires de la syphilis actuelle, bien confirmée par des plaques muqueuses de la commissure labiale et de la lèvre inférieure. Traitement : 2 gr. d'iodure de potassium par jour et piqûres. Revient le 14 octobre avec de l'ictère sans décoloration des matières fécales. Régime lacto-végétarien. La jaunisse ayant disparu le 22 octobre, elle reprend des piqûres.

Obs. 62 (36773). — Mme G., 20 ans, a, le 27-2 1915, depuis une huitaine de jours, une roséole. L'A. P. semble avoir siégé sur la lèvre supérieure où l'on remarque une petite altération qui n'a pu guérir depuis 2 mois, malgré des appli-

cations de pommade. Pas d'adénopathie sous-maxillaire. Le 2 mars, la malade a des plaques muqueuses buccales et entre à l'hôpital pour bartholinite et pertes blanches. Le 16 mars, la roséole pâlie n'a pas tout à fait disparu sur la poitrine.

Obs. 63 (37025). — Mme B., 26 ans, a eu, il y a trois mois, un chancre induré érosif de la lèvre supérieure, traité par 10 piqûres d'hectine et 6 piqûres d'huile grise, actuellement guéri. Le 3-11 1915, elle présente une langue dépapillée, à la suite de la disparition de plaques muqueuses ; aucun autre accident apparent.

Obs. 64 (38226). — Mme L., 23 ans, employée, contaminée par son mari, a un chancre induré de la lèvre supérieure datant de 5 semaines au 15-7 1915. Pas d'adénopathie. Roséole sur les flancs et sur la poitrine. Le 22-7, douleurs articulaires. Traitement : iodure de potassium, piqûres.

Obs. 65. (38.340). — Mme D., 32 ans, le 24 juillet 1915, a depuis 3 semaines un chancre induré croûteux de la base de la lèvre supérieure avec grosse adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Pas d'autres accidents.

Obs. 66. (40026)^e. — Mlle P., 21 ans, a constaté, un mois avant de venir consulter, une petite tache sur sa lèvre inférieure. Elle a fait un traitement local, sans obtenir d'amélioration. Un médecin lui a fait 5 injections mercurielles. Le 21-1 1916, on trouve, un peu à droite de la ligne médiane, une papule dure à bords irréguliers, légèrement élevée au-dessus des parties voisines, avec induration marquée, recouverte d'une sérosité brillante. Ganglions sous-maxillaires bilatéraux indurés, surtout à droite. Le 20 mars : roséole sur le cou et le tronc.

Obs. 67 (40566). — Mme C., 31 ans, le 15-3 1916, présente une ulcération dure, croûteuse, jaune brun, du diamètre

d'une pièce de 50 centimes, à l'extrémité droite de la lèvre supérieure. Cet A. P. date de 1 mois ; une adénopathie sous-maxillaire droite lui correspond. Rien sur la peau ou les muqueuses. La croûte tombe après une application de pommade au calomel. L'ulcération apparaît rouge chair musculaire, lisse, avec quelques petits points gris. Wassermann positif. Le 25 mars, plaques muqueuses sur la langue et les lèvres.

Obs. 68 (41161). — Mlle P..., lingère, 22 ans, raconte, le 25 mai 1916, qu'étant dans une maison à Abbeville, elle voyait de nombreux soldats anglais tous les jours. Elle dit avoir été mordue et, à la suite de cette morsure, avoir eu une petite ulcération de la lèvre supérieure. Cette lésion s'est agrandie jusqu'à atteindre la dimension d'une pièce de 50 centimes, elle remonte à un mois au moins, est indurée, à fond saignant facilement, accompagnée d'un ganglion sous-maxillaire droit. On découvre une roséole généralisée, des plaques muqueuses érosives à la gorge et des syphilides papuleuses sur les cuisses, des végétations et des pertes blanches abondantes à la vulve, mais pas de plaques muqueuses. Rien dans les aines. Sort de l'hôpital, le 8 juin 1918.

Obs. 69 (42339). — Mme B..., 26 ans, vient consulter (31 octobre 1916), pour un accident primitif dur, ulcéré de la lèvre supérieure, remontant à 2 semaines. Adénopathie empâtant toute la région sous-mentale. Roséole sur le cou et le thorax, dix jours après.

Obs. 70 (43771). — Mme G..., 29 ans, le 18 novembre 1916, a depuis 2 mois un chancre induré du sillon sous-nasal. Peu d'adénopathie sous-maxillaire. Apparition d'une roséole, depuis 3 jours, sur les flancs, l'abdomen et les cuisses.

Obs. 71. — Mlle X..., 22 ans, le 22 novembre 1916, présente à la lèvre supérieure à gauche une lésion indurée de la grosseur d'un gros pois, entourée d'une zone inflammatoire lé-

gère et faisant une saillie considérable au-dessus des parties voisines. La lésion remonte à une dizaine de jours et fut considérée comme un « bouton de fièvre ». Au bout de 2 semaines, elle s'ulcéra, et une rigidité indurée apparut à l'angle du maxillaire, du même côté. Quatre semaines après le chancre ; roséole généralisée.

Obs. 72 (45396). — Mme R..., manœuvrière, a eu, il y a 7 mois, un A. P. de la lèvre supérieure, près de la commissure labiale gauche. Il n'a pas laissé de cicatrice. Le 6 avril 1917 : plaques muqueuses de la région vulvaire et de la face interne des cuisses. S'est traitée très irrégulièrement, jusqu'ici, par des pilules. Après une série de piqûres, des plaques muqueuses persistent. Sort sur sa demande, non guérie, de l'hôpital (30 avril).

Obs. 73 (45959). — Mme A..., 26 ans, ouvrière en usine de guerre, a son mari réformé. Le 9 juin 1917, a depuis 3 semaines, sur la peau de la lèvre supérieure à gauche, un bouton ulcéré à fond rougeâtre à base dure, saignant facilement. Adénopathie sous-maxillaire gauche à ganglions indolents. Cet A. P. traité par 15 piqûres par mois, ne laisse qu'une induration, le 19 juillet.

Chancres de la commissure labiale. — Obs. 74 (37154). — Y., 42 ans, soldat, entre, salle Saint-Louis, le 20 octobre 1915, pour un A. P. en rhagade correspondant au sillon commissuraire labial gauche. Gros ganglion sous-maxillaire à gauche. Plaques muqueuses de la lèvre inférieure et tâches de roséole sur les parties latérales du tronc. Grand fumeur, il a été contaminé à Nantes par une femme non professionnelle, il y a 2 mois.

Obs. 75 (voir obs. 81 publiée page 64).

Obs. 76 (46482). — M..., 67 ans, employé de commerce, s'est aperçu, il y a 8 jours, qu'il avait à la commissure labiale

droite une érosion à 2 segments séparés par une fissure correspondant au sillon commissuraire. Cette fissure tiraillée par les mouvements de la bouche, est devenue ulcérate, douloureuse. Adénopathie sous-maxillaire droite, indolente. Examen ultra-microscopique : positif.

Obs. 77 (23518). — Mme L..., 25 ans, journalière, sans domicile, entre salle Henri-IV, le 17 décembre 1916, pour une ulcération croûteuse, un peu bourgeonnante, siégeant sur la face externe de la commissure labiale gauche, se prolongeant en strie ulcérée de la commissure. Cette lésion a une base indurée, s'étendant sur la largeur d'une pièce de 1 franc. A gauche : grosse adénopathie sous-maxillaire, la joue est tuméfiée. Le début date de 3 semaines, la contamination se serait faite par un point ulcéré ou par une piqûre de fourchette, il y a 2 mois. La malade a un ami traité par des piqûres, elle se plaint de céphalée, perd ses cheveux, a de l'enrouement. On lui trouve une angine érythémateuse, rouge vermillon, bilatérale et des plaques muqueuses de la gorge. Le 3 janvier 1917, ce chancre est en voie de cicatrisation, mais l'adénopathie persiste. Le 13 janvier, la malade quitte l'hôpital. Pas de roséole.

Obs. 78 (46902). — Mlle M., 21 ans, couturière (1-9-1916). Ulcération petite, superficielle, vernissée, recouverte d'un enduit diptéroïde. Cet accident primitif date de 8 jours, est indolore, induré, accompagné de ganglions indolents, multiples, à l'angle gauche du maxillaire. Roséole le 20-9 ; le chancre n'est pas encore guéri.

CHANCRE DE LA LANGUE

Le chancre syphilitique est rare à la langue, il en occupe la partie antérieure et généralement le dos plus souvent que les bords, rarement le segment postérieur (obs. 83) exceptionnellement la face inférieure. Tantôt c'est une érosion de peu d'étendue à fond rouge, tantôt une ulcé

ration en cupule. Une variété fissuraire, allongée au fond d'un pli lingual, paraît commune, tandis que la variété scléreuse avec infiltration en bloc de tout le segment antérieur de l'organe, est rare. Le chancre noueux et le chancre nain ont été signalés. Le chancre lingual détermine peu de gêne fonctionnelle, peu de douleur. L'induration n'y produit pas la déformation que l'on observe sur les lèvres. L'adénopathie cervicale, siégeant près de la grande corne de l'os hyoïde, dure, multiple, accompagnant le chancre est précoce et constitue un excellent signe diagnostique; elle persiste longtemps.

Le chancre lingual dure 5 semaines à 3 mois; il n'est pas suivi de cicatrice, mais il a de la tendance à se transformer in situ en plaques muqueuses (obs. 81, 84).

La forme érosive peut être confondue avec l'herpès, l'aphte, l'hydroa, la leucoplasie, les syphilides linguales secondaires, mais l'induration, l'adénite et l'évolution morbide permettent le diagnostic dans ce dernier cas. La forme ulcéreuse est à distinguer d'autres affections, savoir: l'ulcère sublingual de la coqueluche, la glossite dentaire, le chancre mou, l'ulcère tuberculeux, la glossite spécifique tertiaire et enfin l'épithélioma.

Obs. 79 (37627). — G., 30 ans, consulte le 14-11 1915, pour une ulcération de la pointe de la langue, datant d'une vingtaine de jours, déjà traitée au Val-de-Grâce, où une réaction de Wassermann aurait donné un résultat négatif. Il s'agit d'un A. P. entamant le derme muqueux; à bords descendant en pente douce, non à pic, à fond lisse et rouge. Contracté, il y a deux mois, à St-Denis. Grosse adénopathie rétro-maxillaire indolente. Le malade entre à l'hôpital

et l'on pratique une nouvelle séro-réaction qui se montre positive. Traitement : piqûres de benzoate et iodure de potassium. Il sort guéri, le 5-1 1916.

Obs. 80 (37627) publiée par MM. Bizard et J. Bralez. (Ann. mal. vén. 1915, p. 720). — « G., 25 ans, se présente à la consultation de la Policlinique, le 20 novembre 1915. Depuis un mois déjà, il porte à la face supérieure de la langue, partie médiane, une lésion en forme d'amande, à contour assez régulier, diphtéroïde, de surface ne formant pas saillie sur la muqueuse, bordée d'un très léger liseré rougeâtre, sans réaction inflammatoire à la périphérie. Cette lésion, quoique superficielle, est très indurée et cause au malade une simple sensation de gêne. Cet accident est flanqué d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire droite, très dure et très douloureuse au palper. L'hypothèse de chancre se confirme à l'examen détaillé du malade, qui révèle une roséole papuleuse discrète sur les parties antérieures et latérales du thorax. Mais l'attention est attirée par une adénopathie des régions inguinales. On constate alors sur la verge, au pourtour même du méat urinaire, une lésion croûteuse, en voie de cicatrisation, deuxième chancre induré, non douteux, qui serait survenu plusieurs jours après celui de la langue ; mais celui-ci ne gênant pas la miction n'a pas inquiété le malade, qui avait négligé d'en faire mention. G. est soumis au traitement mercuriel qu'il suit de façon régulière. »

Obs. 81 (38552). — X., 25 ans, garde républicain, a eu, il y a 2 mois, un A. P. double, savoir : un chancre induré de la pointe de la langue, ayant figure d'une ulcération saignante à fond rouge, et un chancre induré, de forme fissuraire, à la commissure labiale gauche, accompagnés d'une adénopathie sous-maxillaire légère. On n'a pas remarqué de roséole. Actuellement (24-8 1915) on observe à la face supérieure de la langue, vers la pointe, des plaques décapillées, régulières de contour, à la commissure labiale gauche de

petites croûtes, à la lèvre inférieure et à la face interne des joues, des plaques muqueuses érosives, de teinte opaline.

Obs. 82 (39868). — Soldat, 24 ans, montre, le 9-1 1916, une ulcération à fond sale, dure, siégeant sur le dos de la langue, datant de 20 jours. Ce malade nie tout rapport. Il a quelques petits ganglions sous-maxillaires à gauche. C'est un accident primitif, un Wassermann et positif, l'apparition d'une roséole, dix jours après, confirme le diagnostic.

Obs 83 (41710). — Mme A., sans profession, entre à l'hôpital 2-7 16, pour une ulcération de la base de la langue, à gauche. On observe un exsudat pseudo-membraneux du pilier antérieur du voile du palais et une grosse adénopathie cervicale gauche avec empâtement de toute la région du cou. Début, il y a 6 semaines, par une angine avec fièvre. On ne trouve pas trace de lésion génitale ni de ganglions inguinaux. Il s'agit d'un A. P. en voie de cicatrisation. Examen sur lame négatif. Wassermann négatif. Traitement mercuriel. Sort guérie, le 14 juillet, sur sa demande.

Obs 84 (44393). — Mme B. se présente, le 20-2 1917, avec 2 syphilides croûteuses, l'une à la lèvre supérieure, l'autre à la commissure labiale gauche et des plaques muqueuses buccales. Il y a 2 mois, elle a eu un A. P. fissuraire à l'extrémité antérieure de la langue ; il a laissé une trace décapillée, rosâtre ; l'induration est nette. De gros ganglions sous-maxillaires indolents et durs subsistent encore à gauche et à droite. Roséole miliaire discrète, datant de 15 jours. Traitement : injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

CHANCRE DE L'AMYGDALE

Proche des chancres labiaux, pour leur fréquence, viennent ceux des amygdales. Ce fait surprenant que les amygdales sont attaquées plus souvent que d'autres parties de

la gorge tient à ce que : la salive, chargée de virus syphilitique, est, au 2^e temps de la déglutition, pressée dans les lacunes béantes des tonsilles. Par suite du rapprochement des piliers postérieurs du voile du palais, toute la pression s'exerce alors sur les amygdales.

Roux, Velpeau, Gibert en 1852, révoquaient en doute son existence, Diday en signala 8 cas (1861); on le reconnut après le mémoire de Legendre (1884) et Mauriac disait que « le chancre amygdalien est certainement l'origine de bon nombre de syphilis ignorées. »

Le chancre amygdalien débute par une sensibilité très vive du pharynx, accrue par la déglutition. Peu incommodé, le malade ne songe pas à aller consulter, tout de suite, le médecin; c'est devant la persistance de ce mal, qu'il s'y décide. Dans certains cas, il a de la fièvre, de la courbature, de l'abattement, de l'anémie. Ces signes généraux seraient plus fréquents chez la femme, d'après Du Castel. On a signalé parfois, des bruissements d'oreille, de la surdité par retentissement sur la trompe d'Eustache. L'examen de l'amygdale montre celle-ci rouge, hypertrophiée et dure assez souvent ulcérée, mais non profondément. Une pléiade ganglionnaire dure, mobile, non douloureuse doit éveiller l'attention.

Le chancre angineux n'est pas la forme la plus commune. Le chancre érosif est le plus fréquent, le plus difficile à dépister : l'érosion est superficielle, grisâtre ou rouge, avec induration difficile à apprécier. Le chancre ulcéreux est moins observé; la douleur est marquée, l'amygdale est volumineuse, étalée, l'ulcération rouge, éten-

due, peu profonde. Rare est la forme diphtéroïde, rappelant les angines de Löffler par l'exsudat pseudo-membraneux, l'adénopathie et les symptômes généraux : ce qui conduit à ne pas suspecter le chancre. Exceptionnelle est la forme gangréneuse, très grave, particulière aux syphilis malignes. L'adénopathie concomitante au chancre amygdalien est indolente et fait saillie sous la peau au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, ou au-dessous de la branche transversale du maxillaire; elle apparaît, quelques jours après le début du chancre.

Pour porter le diagnostic de chancre de l'amygdale, il faut « qu'on y pense ». Toute amygdalite unilatérale, peu douloureuse, accompagnée de glande, doit éveiller des soupçons. « Le chancre se révèle, dit Dieulafoy, par une triade symptomatique; unilatéralité de la lésion, induration de l'amygdale et développement de la pléiade ganglionnaire ». La bilatéralité du chancre, est extraordinaire (Jullien, Bulkley). Dans 10 observations, sur 18 que nous rapportons, le chancre est à droite. L'induration est difficile à constater, mais existe dans presque tous les cas. L'apparition de roséole et de syphilides muqueuses appelle l'attention sur la nature d'une amygdalite chancreuse; il faut les guetter. Le chancre amygdalien dure 5 semaines à 2 mois. Les plaques muqueuses succèdent souvent sur place au chancre amygdalien; nous le signalons dans les observations 88, 89, 91, 94, 99. On peut avoir à faire un diagnostic rétrospectif : toute angine ayant duré plus d'un mois et accompagnée d'adénopathie unilatérale devra être suspectée.

Le diagnostic différentiel est à poser avec diverses affections et notamment les angines. En ce qui concerne l'angine couenneuse, il y a lieu de tenir compte de l'absence d'adénopathie, de l'invasion soudaine à grand fracas et de l'évolution courte de l'affection. S'agit-il de la diphtérie ? il faut remarquer : la diffusion du processus diphtérique à toute la gorge, puis au larynx ; la présence de B. de Loeffler dans l'exsudat et l'ensemencement sur sérum confirment le diagnostic. Pour l'amygdalite ulcéro-membraneuse, l'absence d'induration, la présence de bacilles fusiformes et de spirilles de Vincent permettent d'affirmer le diagnostic. L'accident primitif de l'amygdale peut être confondu avec des plaques muqueuses ou avec une gomme. Relativement aux plaques muqueuses amygdaliennes, leur extension, l'anamnèse, autant que l'absence d'induration et de ganglion, apportent des éclaircissements. Quant à la gomme ulcérée, le passé du malade et le manque d'adénopathie aideront à la diagnose. La tuberculose de l'amygdale est cause parfois d'embarras ; mais il n'existe pas d'induration, les douleurs sont intenses, les bords de l'ulcération sont entourés de nodules granuleux, jaunâtres et l'on trouve des signes de bacillose pulmonaire. On peut hésiter entre le chancre et un épithélioma de l'amygdale ; mais l'âge du malade, l'évolution torpide, l'adénopathie tardive sont en faveur du cancer.

Obs. 85. (38166). — R. 21 ans, emballleur, le 10-6 1915, a, depuis 3 ou 4 jours, de la difficulté à avaler. A l'examen de la gorge, on constate sur l'amygdale gauche distendue, une ulcération rouge recouverte d'un enduit pultacé, peu profonde,

l'amygdale droite étant absolument normale. Gros ganglions sous-maxillaires. Pas de fièvre. Traitement mercuriel. Wassermann trouvé positif, 20 jours après.

Obs. 86 (384432). — C. 28 ans, comptable, se plaint, le 7-8 15, d'avoir mal à la gorge du côté droit, depuis 20 jours, et d'avoir de la céphalée et de l'insomnie. On trouve l'amygdale droite volumineuse, avec des cryptes ulcérées et une chaîne de ganglions sous le sterno-cléido-mastoidien et à l'angle de la mâchoire à droite. Un Wassermann s'est montré positif. Après 21 piqûres : amélioration. Il part au régiment, 29 août.

— **Obs. 87** (39864 bis). — B. 18 ans, menuisier, est envoyé par son médecin, le 9-1 16, à cause d'une ulcération gris sale, duré, qu'il a. sur l'amygdale droite. Un peu d'adénopathie sous-maxillaire. Le malade refuse des piqûres et prendra des pilules. Au bout de 20 jours : amélioration ; le chancre est cicatrisé, le 20 février. En mars, avril, mai, le malade se fait faire des injections régulièrement. A partir de juin, il se traite avec des pilules. Le 29-8 il se plaint de faiblesse générale, mais n'a pas d'accidents. Il revient le 25 nov. pour une balanoposthite érosive circonscrite, avec suintement léger et adénite inguinale gauche, puis le 9-3 17, pour des plaques muqueuses hypertrophiques anales et, le 29-3 et le 24-4, pour des plaques muqueuses labiales. Le 16-3 18, le malade qui se traite par des pilules de protoiodure, n'offre pas d'accident. Le 8-1 19 : Wassermann : H6-H8.

Obs 88. (43845). — A. 29 ans, chaudronnier, célibataire, traité à l'hôpital Tenon, par 4 injections intraveineuses de néosalvarsan, pour un chancre induré de l'amygdale gauche, apparu il y a 6 semaines, aurait été contaminé par une ouvrière. Il est en pleine roséole, le 2-1 17. Traitement : piqûres de benzoate. Il n'offre pas d'accident, le 4 février ; il revient, le 14 septembre, à la clinique, pour des plaques muqueuses amygdaliennes.

Obs. 89. (44088). — R. 43 ans, ajusteur, réfugié belge, entre le 27-1 17, pour des plaques muqueuses, érosives sur le dos de la langue et hypertrophiques sur l'amygdale droite. Dans la région cervicale sous l'angle droit de la mâchoire : gros ganglion. Le malade nie avoir eu des rapports sexuels depuis plus d'un an. Il aurait présenté, il y a un an, un chancre de l'amygdale droite. Il s'est mal soigné. Il présente des syphilides papulo-squameuses, avec collerette de Bielt, généralisées sur tout le corps. Traitement : injections mercurielles. Quitte l'hôpital le 15-2 17, et y rentre le 8 août, à cause d'une ulcération gommeuse, arrondie de la dimension d'une pièce de 5 francs, à bords à pic, à fond anfractueux, située sur la face externe de la jambe gauche. Traitement mixte : iodure et piqûres de benzoate. Le 21-2 18, on entreprend une cure par le 914, l'ulcération de la jambe n'étant pas guérie : il reçoit une série de 8 injections de novarsénobenzol, dont 4 à 0 gr. 60.

Obs. 90. (44206). — R. 43 ans, ajusteur, marié, ayant 1 enfant a, le 27-1 17, depuis quelques jours, une amygdale droite, rouge, hypertrophiée, dure, tapissée d'un enduit pultacé. L'amygdale gauche apparaît saine. Ganglions sous-maxillaire et rétro-maxillaire à droite, extrêmement tuméfiés et indurés. Sur le tronc et les épaules : roséole. ce qui fait porter le diagnostic. d'A. P. de l'amygdale.

Obs. 91 (51084). — P. 19 ans, garçon de salle vient consulter, le 9-12 17, pour un chancre de l'amygdale gauche, ayant débuté, il y a 3 semaines et dont le bubon satellite siège non loin du cartilage thyroïde. On perçoit en outre une pléiade ganglionnaire cervicale à gauche et des ganglions sous-maxillaires. L'amygdale gauche est recouverte d'une pseudo-membrane jaune grisâtre, a un aspect tuméfié et une érosion rouge, lenticulaire, est visible à sa face interne. Rien à l'autre amygdale. Traitement mercuriel. Le 1^{er} janvier 1918. le chancre est presque guéri. Le malade continue à recevoir des

injections. Le 10 février, il vient avec des plaques muqueuses aux amygdales et le 3-3-1918 pour une épидidymite. On le traite par le novarsénobenzol.

Obs. 92 (51806). — P., 19 ans, mouleur, a eu, en juin 1917, un chancre de l'amygdale, suivi d'une éruption de syphilides papuleuses: Il a reçu alors, à Brest, 4 piqûres de 914 (2 à 0 gr. 30 et 2 à 0 gr. 45). Pas d'autre traitement depuis cette époque. Il vient consulter, le 1^{er} 18, pour des syphilides de la verge. Rien aux amygdales, sa gorge est rouge; à jour frisant, apparaît une auréole discrète de retour. Traitement: Hg et Kl.

Obs. 93 (résumée). Le professeur Gaucher et le Dr Bizard ont publié (*Annales des maladies vénériennes*, an 1918, p. 187) un début de syphilis par un chancre de l'amygdale gauche, un deuxième chancre du médius gauche et un troisième chancre du fourreau de la verge. « Cette observation est intéressante par la localisation à distance de trois chancres. Les trois points d'inoculation trouvent une explication dans les diverses « manœuvres » successives auxquelles s'est livré le malade: baiser sur la bouche, attouchement vulvaire, coït ».

Obs. 94 (36704). — Mlle B., 18 ans, plumassière entre, salle Henri IV, avec une roséole généralisée. L'examen du pharynx montre des plaques muqueuses érosives et, sur l'amygdale droite, une large ulcération qui semble formée par des plaques muqueuses confluentes, greffées sur un accident primitif. Cette tonsille est tuméfiée, anfractueuse, d'un tiers plus volumineuse que sa congénère. La malade déclare avoir eu mal à la gorge, un mois auparavant, et n'a suivi aucun traitement. A noter des plaques muqueuses à la vulve. Elle quitte l'hôpital, le 5 avril 1915, après une série de piqûres: plaques muqueuses vulvaires et pharyngées ont disparu; elle n'a plus d'éruption cutanée. Elle revient le 2 juillet avec une leucomélanodermie du cou. Reçoit 15 piqûres abandonnées depuis un mois.

Obs 95 (39218). — Mlle R., 19 ans, couturière, se plaint, le 20-11 15, de douleurs à la gorge depuis plus de quinze jours. Elle a une ulcération grisâtre de l'amygdale droite, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, à bords surélevés. L'amygdale gauche est absente. Elle ignore l'origine de son mal; elle aurait un ami bien portant et un enfant de 4 mois bien portant. Admise à l'hôpital. Amélioration notable de l'état de la gorge, le 27 novembre. Eruption de roséole, le 14 décembre. Sort sur sa demande, le 27 décembre. Revient au traitement.

Obs. 96 (41215). — Mme B., 36 ans, le 13-3. 1916, présente depuis 3 mois, une ulcération ovalaire, grisâtre, dure sur l'amygdale droite, avec pléiade ganglionnaire cervicale moyenne. Réaction de Wassermann Ho. Traitement, pilules, piqûres. Vue le 15 avril, aucun accident.

Obs. 97 (43517). — Mlle R., 18 ans, couturière, accuse, le 16-12 1916, de la gêne à la déglutition, depuis 3 jours et une adénopathie cervicale volumineuse, indolente, dure, à droite. De ce côté une amygdale est rouge, hypertrophiée, dure, à surface interne pseudo-membraneuse. Rien sur la luette et l'autre tonsille. Pas de signes généraux. Pas de syphilis antérieure. Entre à l'hôpital. Reçoit 15 piqûres; prend 2 gr. de KI, par jour. Sort sur sa demande, le 30 décembre. Roséole généralisée apparaît, 6 semaines après le chancre.

Obs. 98 (44465). — Mlle Y., 20 ans, arrive d'un service de chirurgie où elle a été traitée pour un adéno-phlegmon de l'aisselle gauche. Atteinte de gale, elle a été « frottée ». En juillet 1916, elle a eu un chancre induré de l'amygdale droite avec adénite cervicale. Elle a eu 42 injections de benzoate. Elle a des pertes blanches abondantes, des végétations multiples de la région vulvaire et de l'adénite inguinale bilatérale. Ses parents habitent l'Allier où ils sont cultivateurs; la malade étant en place dans le pays, a voulu venir à Paris, en mai, et s'est placée dans un restaurant. Elle aurait con-

tracté la syphilis étant vierge (chancre amygdalien) et n'aurait été déflorée qu'en juillet 1916, par un militaire convalescent qu'elle aurait connu en se promenant, elle l'a fréquenté 2 mois, jusqu'à son départ pour un dépôt. Traitement mercuriel. Reste à l'hôpital du 21-2 au 25-4 1917.

Obs. 99 (44727). — Mlle L., 21 ans, blanchisseuse est admise à l'hôpital, le 3-3 1917, pour chancre de l'amygdale droite à enduit pseudo-membraneux grisâtre. Grosse adénite cervicale et bubon satellite à droite du cartilage thyroïde, ayant débuté, il y a un mois et demi. Plaques muqueuses érosives à la vulve. Un ami qu'elle savait syphilitique l'a laissée, il y a 3 mois. Elle a quitté ses parents à 14 ans ; a eu un enfant à 16 ans d'un ouvrier plombier de 29 ans. L'enfant est mort de méningite à 10 mois. Elle a vécu jusqu'à la guerre avec cet homme qui est mort, quelques mois après sa mobilisation, d'intoxication saturnine. Le 9 avril, la malade se plaint de céphalée, d'otalgie droite ; on note des plaques muqueuses plates, opalines en nappe sur les amygdales et les piliers. Les ganglions cervicaux à droite, sont tuméfiés. Sort, sur sa demande, de l'hôpital, le 17 avril. Suit un traitement régulier. Le 18 décembre on lui cautérise au nitrate d'argent une petite plaque érosive sur la langue.

Obs 100 (45299 bis). — Mme T., 19 ans, vernisseuse, a la voix enrouée et consulte pour ulcération rouge brun, siégeant sur l'amygdale droite (2-3 1917). Elle a de l'érythème du voile du palais. Des plaques muqueuses opalines couvrent les piliers. Ganglions sous-maxillaires droits tuméfiés. Sur les flancs, les bras et l'abdomen, : roséole. La malade a vu son mari, permissionnaire, fin décembre 1916. Reçoit 15 piqûres de benzoate de mercure par mois. Le 6-5 1917, on constate chez elle une grossesse de 7 mois. Elle prend 20 piqûres par mois et, le 24 juillet, vient avec son enfant âgé de 13 jours. Femme et enfant n'ont aucun accident. L'allaitement maternel est prescrit. Le 13 août, l'enfant âgé de 1 mois, ayant des lésions

papuleuses des pieds, on lui donne X gouttes de liqueur de Van Swieten, pendant 15 jours par mois.

Obs. 101 (45411). — Mme S., 22 ans, couturière, le 7-3 17, montre une roséole discrète sur les flancs et l'abdomen et des plaques muqueuses des amygdales. L' A. P. paraît avoir siégé sur l'amygdale gauche, qui est grosse, il existe une adénopathie cervicale bilatérale, plus marquée à gauche. L'ami de cette femme, blessé, réformé, a des plaques muqueuses buccales, depuis 2 mois ; son mari est soldat.

Obs. 102 (46740). — Mlle W. tailleuse, le 2 mai 1917, depuis 1 mois, a une ulcération à bord rouge, à fond gris sale sur l'amygdale gauche, tuméfiée, dure, avec un ganglion satellite près de la grande corne de l'os hyoïde. Elle éprouve de la gêne locale. Wassermann : positif. La malade n'a pas encore été traitée.

CHANCRE DE LA GENCIVE

Rare (42 cas sur 1810 chancres buccaux, Duncan Bulkeley), notamment dans la clientèle hospitalière, le chancre gingival consiste ordinairement, en une petite érosion rouge carminé, lisse, semi-lunaire ou en V, encadrant le collet d'une dent. Parfois la gencive est tuméfiée, recouverte d'un enduit diphtéroïde, avec une ulcération à contour indécis, à fond inégal, surélevé, de teinte composite, et l'on observe tous les signes d'une périostite alvéolo-dentaire. Cet accident peu douloureux, sur gencive saine, offre sur gencive malade une toute autre apparence et s'accompagne alors de douleurs violentes, augmentées au contact des boissons chaudes ou froides. Le diagnostic se base sur la longue durée de la lésion et l'adénopathie sous-

maxillaire, co-existante et caractéristique, qui attirent l'attention vers la syphilis; car il est difficile de se convaincre de l'induration qui pourtant existe.

Obs. 103 (36692) publiée par le professeur Gaucher et le Dr J. Bralez (in Ann. des mal. vénér. 1917, p. 425). — « X., 30 ans, gardien de la paix, avait remarqué, depuis 1 mois, une lésion de la gencive, lorsque, devant la persistance de l'accident, il se décide à venir consulter en septembre 1915. Sur la gencive supérieure, au-dessus des deux incisives médianes, empiétant légèrement à gauche et débordant sur l'incisive latérale, siège une ulcération qui s'étend de la racine des dents au filon gingivo labial. De contours irréguliers, déchaussant quelque peu les dents sous-jacentes, l'ulcération se présente sous la forme d'une petite néoplasie surélevée, dont la coloration rouge vif tranche sur la couleur plus pâle de la muqueuse voisine. Le malade n'éprouve aucune douleur, mais accuse seulement une sensation de gêne causée par la petite tuméfaction sous la lèvre. A la vue, on constate un gros empatement sous le menton et la palpation révèle de gros ganglions indolores, sous l'angle antérieur et la branche gauche du maxillaire inférieur. Cet homme est marié. Il a une excellente dentition et n'a pas eu occasion d'aller chez un dentiste. Le diagnostic de chancre syphilitique est posé et se trouve confirmé d'ailleurs par la réaction de Wassermann. 15 injections de benzoate de mercure suffisent à faire disparaître les lésions. Chaque mois, le malade reprend régulièrement une série de piqûres et, en décembre, sur l'emplacement même de l'accident initial, on constate l'apparition d'une lésion, en tous points, semblable à la première sans cependant qu'il y ait de ganglion satellite. Cette lésion s'accompagne de plaques muqueuses des amygdales, des commissures labiales et d'une plaque fissurique médiane de la langue, apparue en même temps que ces divers accidents symptomatiques de la période secondaire. Le mode de contamination a retenu l'attention des auteurs : cure-dent ou brosse à dents empruntés

à un syphilitique contagieux, instrument souillé d'un dentiste. « Songer tout simplement à la contamination, par le baiser, d'une extrémité linguale contagieuse ». La localisation fréquente du chancre à la partie antérieure des gencives et plus spécialement au-dessus des incisives médianes supérieures, région plus directement exposée, vient confirmer cette opinion ».

Voir **Obs 51**. Chancre de la gencive (publié par M. le Dr Gargerot).

CHANCRE DU MENTON

Ce chancre du visage est très fréquent, notamment chez l'homme, parce que le rasoir en est souvent la cause, et chez l'enfant, en raison du baiser. Souvent il est volumineux. On le décrit sous divers aspects cliniques. Le chancre croûteux est arrondi, bien circonscrit, à base indurée ; sa croûte est jaune brunâtre, impétigineuse quelquefois, adhérente aux poils de la barbe chez l'homme. Le chancre érosif est plat, étendu ou petit, toujours sans profondeur. Le chancre papuleux avec assise d'une dureté parcheminée caractéristique est rouge sombre. Le chancre ulcéreux consiste en une entamure tégumentaire, indurée, tantôt cupuliforme, tantôt avec bords en bourrelet. La base de ces chancres peut s'infiltrer et amener une tuméfaction énorme du menton. L'adénopathie indolente et multiple qui les accompagne s'observe dans les ganglions sous-maxillaires et rétro-génériens. Un chancre moyen guérit en 1 mois et demi, sans laisser de cicatrice appréciable. Le diagnostic n'offre pas de difficulté sérieuse, à la condition que le médecin songe à la vérole. Le chancre croûteux

peut être confondu avec un groupe d'herpès encroûté, avec un bouton d'acné. Les erreurs à propos de chancres exubérants sont possibles : 1° Avec les syphilides tertiaires tuberculo-crustacées ou tuberculo-ulcéreuses ; 2° avec l'épithélioma ; 3° avec le sycosis tubéreux ; 4° avec la sporotrichose ; 5° avec le chancre mou. Dans ce dernier cas, comme l'a signalé M. le Professeur Jeanselme, la lésion à bords entaillés, à fond inégal jaunâtre, est diagnostiquée par l'examen bactériologique et par l'autoinoculation. Une lésion circonscrite du menton avec adénopathie précoce et induration accentuée dénote un accident primitif.

Obs. 104 (38298). — M., 50 ans, employé, le 22-8 1915, consulte pour une lésion cutanée du menton due à la rasure. Elle a commencé par un bouton qui s'est agrandi en dépit de tous ses soins. On constate une ulcération indurée de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50, à bords arrondis non décollés, légèrement surélevés, de couleur rouge violacée, à fond recouvert d'un enduit jaunâtre. Légère adénopathie sous-maxillaire. Roséole sur les épaules. Traitement : pulvérisations d'eau bouillie localement et injections quotidiennes de 0,03 cgr de benzoate de mercure. Le 4 novembre, le chancre est cicatrisé, la roséole a disparu.

Obs. 105 (38388). — N., 52 ans, consulte, le 4-9 1915, pour une lésion croûteuse, arrondie, très indurée du menton, dant de 4 semaines, développée après une plaie par le rasoir d'un barbier. Gros ganglion sous-maxillaire. Traitement : pommade au calomel, injections mercurielles,

Obs. 106 (39130). — R. 31 ans, télégraphiste présente, le 15-9 1915, un A. P. croûteux de la fossette du menton, à la suite d'une coupure de la mouche par le rasoir d'un coiffeur. Ce

chancre datant de 2 mois, s'accompagne de gros ganglions sous-mentonniers, indolents, durs. Apparition de roséole confirme le diagnostic.

Obs. 107 (39957). — R. 20 ans, bijoutier, vient, le 13-1 1916, voir M. le professeur Gaucher. Il a eu un chancre du menton en septembre 1915 ; aucun accident depuis ; on lui a fait 6 injections de 914 (0,30; 0,45; 0,60; 0,60; 0,75; 0,75) on a obtenu au bout d'un mois un Wassermann partiellement positif H. 4. Le malade a pris 38 pilules de protoïdure à 0,05 cgr. 2 par jour, puis il a eu un ictère léger, avec diarrhée et matières fécales non décolorées. Le 17 janvier 1916, nouveau Wassermann : H4 ; le malade ne suit aucun traitement depuis le 7 décembre, la teinte ictérique persiste encore. Re-vient voir Monsieur le Professeur Gaucher, le 26 janvier, la jaunisse a disparu, on commence une série de 10 injections (1 piqûre tous les 2 jours). Le 13-2 1916 : Wassermann négatif.

Obs. 108 (42297). — L., 30 ans, manoeuvre, est admis, le 26-8 1916 pour un chancre induré du menton à 1 cm. au-dessous de la lèvre inférieure, à gauche, datant de 3 semaines, ayant l'aspect d'un placard impétigieux, grand comme une pièce de 2 fr. La surface croûteuse est jaunâtre, à fond érythémateux. Volumineuse adénopathie sous-maxillaire gauche. Après 15 piqûres l'adénopathie diminue. Le 23 septembre, le chancre est cicatrisé.

Obs. 109 (42535). — H., 44 ans, cheminot, marié, est atteint au menton d'une lésion ulcéreuse, ovale, à base indurée, rouge de fond, entamant peu le derme, accompagnée d'une grosse adénite sous-mentale et à début remontant à 18 jours. Commence une série de 15 piqûres le 16-9 1916. Le chancre est en voie de cicatrisation, le 10 octobre. L'accident est dû à la rasure.

Obs. 110 (43801). — L..., 36 ans, veuf, admis salle Saint-Louis 27-12 1916, pour chancre croûteux brunâtre siégeant au-des-

sous de la lèvre inférieure, à l'origine de la mouche, reposant sur une base dure, accompagné d'une adénopathie submentale, survenu à la suite d'une écorchure par le rasoir d'un coiffeur de Neuilly. Le 29 décembre, on trouve chez ce malade des plaques muqueuses de la langue. Il est amélioré, le 8-1 1917.

Obs. 111 (47846). — M., 33 ans, employé à la Cie du Nord, marié, a 3 enfants, consulte le 21-7 1917, pour un chancre induré érosif du menton. Adénopathie sous-mentonnaire et sous-maxillaire. Mode de contagion inconnu. Pas d'accident, le 25 août, mais le 18 octobre, malgré un traitement régulier, le malade a des plaques muqueuses amygdaliennes. En novembre, il prend des pilules de Dupuytren. Le 18-12 1917, on remarque des plaques muqueuses confluentes : il reprend des injections mercurielles. Le 26-2 1918, il n'offre pas d'accident ; ayant à s'absenter de Paris, il prendra des pilules. Le 12 avril, on commence à le traiter par le néosalvarsan. Le 13 novembre Wassermann : H-7 H-8. Piqûres mercurielles.

Obs. 112 (48699). — N., 34 ans, électricien, réformé temporairement pour tuberculose pulmonaire, il y a 1 mois ; vient à la polyclinique pour qu'on lui fasse une série de piqûres mercurielles. A eu au menton, en mai 1916, un A. P. dont on trouve la cicatrice lisse, régulière, blanchâtre. De l'examen des commémoratifs et de l'enquête faite par le Médecin chef du service médical de la région, il résulte que cet accident a été occasionné par le rasoir contaminé d'un coiffeur militaire ; un mois et demi après, il a eu une roséole. Soigné par 12 injections de néosalvarsan, 8 piqûres d'huile grise, 20 piqûres de benzoate d'Hg. Un Wassermann s'est montré négatif.

Obs. 113 (40306). — Mme B., 32 ans, a eu en août 1915, un chancre induré du menton ; puis une roséole. Traitée par l'huile grise, une série de 7 injections hebdomadaires, repos de 2 mois. Après 4 piqûres la lésion fut cicatrisée. Il existe une stoma-

tite depuis trois semaines; le 3 février 1916, après 5 injections nouvelles. Durant 15 jours, pas de traitement mercuriel. Le 16-5, elle a pris 2 séries de 15 piqûres.

Oqbs. 114. (43741). — Mme H. 28 ans, consulte, le 23-12-1916 parce que depuis 3 semaines, elle a une lésion croûteuse, d'aspect impétigineux, arrondie, dure avec zone inflammatoire et plusieurs ganglions sous-mentonniers. Son mari a été traité pour un chancre de la lèvre. Elle suit un traitement hydrargyrique (pilules, piqûres) assez irrégulièrement. Revue le 19-4-1917, elle a des plaques muqueuses des amygdales et de gros ganglions cervicaux ; de plus, il existe encore des traces de l'A. P. que l'on cautérise ; ce chancre persiste jusqu'à la fin de juin.

Obs. 115 (46116). — Mme L..., 26 ans, mariée à un employé de chemin de fer, a un enfant de 2 ans ; consulte, le 23 juin 1917, pour une roséole et des plaques muqueuses buccales. On remarque chez elle un chancre du menton, d'induration assez nette, en voie de cicatrisation, avec retentissement ganglionnaire sous-maxillaire. Son mari a été traité pour syphilis à la polyclinique, au début de l'année.

Obs. 116 (46724). — Mme L. J..., ménagère, 22 ans, présente le 22 octobre 1916, un chancre induré du menton en voie de cicatrisation. Elle a : un gros ganglion sous-maxillaire gauche; dans le creux sus-sternal, des syphilides; dans la bouche et à la vulve, des plaques muqueuses. La contamination viendrait de son mari mobilisé, venu en permission en mars et qui a été traité pour orchite à l'hôpital militaire.

Obs. 117 (46771). — Mlle L..., 27 ans, couturière, n'offre pas d'accident, le 11 septembre 1917 ; mais a une stomatite mercurielle au niveau des incisives. Elle a eu, en mai 1916, un chancre induré du menton qui a duré deux mois et a laissé une cicatrice blanchâtre, pigmentée, régulière, dure. Un baiser de convenance aurait déterminé la contagion. A l'apparition

d'accidents secondaires vulvaires, elle a été traitée par le néosalvarsan, puis par le mercure qu'elle supporte mal.

CHANCRE DE L'ŒIL

Plus commun chez l'homme que chez la femme, le chancre de l'œil peut être consécutif à la projection de salive de sujets atteints de plaques muqueuses. On doit la première observation à Ricord (1850) ; il s'agissait d'un avocat qui se frotta par méprise les yeux après avoir touché avec les doigts les parties génitales d'une syphilitique; il eut, à l'angle interne de l'œil, une petite ulcération dure et une tuméfaction des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. De nombreuses observations de chancre de la paupière ont été publiées depuis. Le chancre de la paupière débute par une élevation pour aboutir à une érosion rouge jambon, indurée, parcheminée, grosse comme un haricot, à peine humide, parfois croûteuse ou diphtéroïde, accompagné d'iritis, de kératite, de conjonctivite. Il siège sur le bord ciliaire ou à la commissure interne et prend alors une forme en fer à cheval. La paupière est œdématisée, la lésion est indolente et évolue en 6 semaines. La réaction ganglionnaire est préauriculaire, sous-maxillaire, parotidienne ou cervicale. Le chancre de la paupière peut être confondu avec un orgeolet, une dacryocystite ulcéralive, un lupus, un épithélioma, une gomme.

On n'a décrit que quelques cas de chancre de la conjonctive du bulbe. Les premiers symptômes attirant l'attention sont ceux d'une légère conjonctivite ; il existe de la rougeur et des démangeaisons, même quelques pleurs et

sensations douloureuses, mais aucune sécrétion, aucune agglutination du bord des paupières. Au bout d'une semaine, on voit, en un point de la conjonctive du bulbe, se former : une ulcération arrondie, rouge vineuse, dure, et, simultanément, du chémosis et du gonflement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. (Cs Terrien, *Le chancre de l'œil, Prog. méd.*, 1904, n° 36.)

Obs. 118. (48849). — C. 23 ans, a, sur l'arcade sourcilière droite, un chancre induré : lésion érosive, rouge, bien circonscrite de la dimension d'un franc, arrondie, lisse, à assise résistante avec grosse adénopathie indolente, préauriculaire et sous-maxillaire. Date de trois semaines. A la suite de rapports avec une femme habitant chez ses parents, traitée à St-Louis. Roséole, le 27-9-1917.

Obs. 119. (42571). — B. garçon de 14 ans, a le bord de la paupière supérieure gauche œdématisé, injecté, garni de croûtes à la base des cils, et, de la conjonctivite. Ces lésions n'ont pas été améliorées par une pommade. L'indolence et le peu d'induration ne font pas songer à une blépharo-conjonctivite, car on trouve un ganglion préauriculaire et de l'adénopathie parotidienne. Cet A. P. date de 2 mois ; son origine est mystérieuse. Réaction de Wassermann positive. Pas de roséole. Traitement : pulvérisations d'eau bouillie, injections de benzoate de mercure ou pilules mercurielles.

Obs. 120. (42246). — Mme I. 27 ans, couturière, mariée, sans enfant, pas de fausse couche, raconte qu'il y a trois mois et demi, elle était en province pour voir son mari mobilisé, atteint de fièvre typhoïde, avec lequel elle ne s'était pas trouvée depuis 2 mois. Un matin, elle a eu de l'œdème de la paupière supérieure gauche et dans la suite, de la suppuration et une ulcération de la conjonctive palpébrale. De retour à Paris, elle consulta ; on lui fit un traitement

local. En réalité, il s'agissait d'un chancre induré du bord libre de la paupière supérieure gauche, car les ganglions préauriculaires étaient engorgés et, dans la suite, elle a présenté une roséole et une angine secondaire. On lui a fait 2 piqûres d'huile grise. Actuellement (19-8-1916), elle a des papules hypertrophiques vulvaires. Un Wassermann a été positif (I. Pasteur). Le 29 août, la dernière piqûre d'huile grise, datant de huit jours, la malade n'offre ni stomatite, ni autre signe d'intoxication, on commence une série d'injections de benzoaté. Le 26 sept., après 14 piqûres et 15 jours de repos, elle reprend une série de 15 piqûres. Se soigné avec régularité ; aucun accident le 20 nov. (10 piqûres de cyanure d'Hg.).

Obs. 121 (43113). — H., 19 ans, est porteur d'une lésion primitive de l'œil droit, traitée déjà sans résultat par cinq injections de 606, pratiquées à l'hôpital Rothschild. Le 4-11-1916, il a la paupière droite enflée et, au milieu d'une congestion diffuse, une simple érosion lenticulaire, rouge foncé, sans bords, de la conjonctive du bulbe. Les ganglions cervicaux sont engorgés à droite. Une réaction de Wassermann donne un résultat positif. On n'observe pas d'amélioration, après deux séries de 12 injections de benzoate d'Hg. Le 2-1-1917, le malade se plaint de douleurs dans l'épaule, il en est à sa troisième série de piqûres. Le 21 janvier, il ne présente plus d'érosion de la conjonctive, une très légère injection de la conjonctive subsiste. Le 29 janvier, il fait remarquer des plaques muqueuses à la face inférieure de la pointe de la langue. Il voit M. le Dr Morax, à Lariboisière, et continue régulièrement le traitement par injections de benzoate (15 piq. par mois). Le 4 nov., il est revu avec des plaques muqueuses, à la commissure labiale gauche, que l'on cautérise avec une solution de nitrate d'argent. On perd de vue le malade.

CHANCRE DU NEZ

Le chancre nasal est dû à la contamination par le doigt. Au dos du nez, il ressemble à tous les chancres cutanés, alors qu'à la pointe et sur les ailes du nez, c'est plutôt une élevure. Le chancre de la narine attire le bord de celle-ci au dehors ; il est dur, volumineux. Le chancre de la cloison est caractérisé par l'énormité de l'induration, par le gonflement. Il détermine une sensation de brûlure, des démangeaisons, de l'irritation, lorsque le malade se mouche, du ronflement et de l'agitation pendant le sommeil. (Brunon: *J. mal. cut. syph.* 1904) et de la névralgie faciale. Guichard a signalé (1907), un chancre du cornet inférieur. Le chancre peut siéger dans la région des choanes et à l'orifice postérieur de la trompe d'Eustache, provoqué, par exemple, par un cathétérisme malpropre ; il en résulte de la surdité, des douleurs et le complexe symptomatique d'une otite moyenne catarrhale. Le chancre nasal dure de 6 semaines à 2 mois. Les ganglions engorgés sont indolents et unilatéraux ; ils sont sous-maxillaires, parotidiens ou préauriculaires.

Le diagnostic du chancre de la peau du nez n'offre pas de difficultés. Le lupus peut être confondu avec lui, mais il est rouge clair, mollasse, évolue lentement et son ulcération est à bords décollés. Quant à la gomme ulcérée, son fond grisâtre, ses bords taillés à pic, décollés, le défaut de tuméfaction ganglionnaire, l'anamnèse, le processus destructif de la tumeur mettent sur la voie du diagnostic.

L'accroissement lent, l'ulcération tardive d'une tumeur maligne rendront difficile sa confusion avec un chancre. A l'intérieur du nez, l'épithélio-sarcome a la forme d'une ulcération à base large ; il saigne parfois abondamment, les douleurs sont vives et l'adénopathie sous-maxillaire lente à se montrer. L'âge du malade et les circonstances devront entrer en considération. Chez les enfants, l'eczéma impétigineux à croûtes, jaune brunâtre, se distingue par son suintement ; il siège aux deux narines, s'étend à la lèvre supérieure, aux ailes du nez, aux joues.

Obs. 122. (39547). — Mlle H. 16 ans, dit avoir touché du sang, il y a 8 mois, de quelqu'un qui avait une éruption. Avec le doigt sali, elle s'est grattée un bouton qu'elle avait sur l'aile droite du nez. Cette élévation indolente, rougeâtre, s'est développée et érodée. Le 5-12-1915 on observe une cicatrice ovalaire sur laquelle se trouvent des téléangiectasies. La malade aurait eu, il y a 5 mois, une roséole, présentement on remarque chez elle : une nouvelle éruption à grands éléments érythémateux, roséole de retour, de la leucomélanodermie du cou, des plaques muqueuses de la gorge, de l'adénopathie cervicale et inguinale. Traitement : séries de 10 injections intraveineuses, quotidiennes, de cyanure de mercure à 1 p. 100.

CHANCRE DU SEIN

C'est le plus fréquent des chancres cutanés. Rare chez l'homme, commun chez la femme, il s'observe surtout chez les nourrices. Plus souvent unique que multiple, on en a vu cinq sur la même mamelle. Il siège habituellement à la base du mamelon ou au mamelon, peu à la périphérie de l'organe. Il débute insidieusement, sans douleur, par

une élévation rougeâtre, érosive, qui s'agrandit excentriquement. Son induration est très nette, lamelleuse, aisément saisissable ; son étendue est celle d'une pièce de 5 fr. ou de 0 fr. 50. Le chancre croûteux est brunâtre, entouré d'une auréole rouge sa croûte détachée ; laisse voir une érosion creuse, ovale, sans bord, rouge chair musculaire. A la base du mamelon, on voit le chancre fissuraire. On a décrit des chancres multiples herpétiformes et des chancres phagédéniques. Le chancre du sein dure au moins six semaines ; une macule rouge sombre suit sa cicatrisation, persiste quatre semaines, puis disparaît. L'induration existe encore au bout de quatre mois, ce qui permet un diagnostic rétrospectif. La cicatrice d'un chancre est une tache brunâtre qui ne s'efface qu'après des années. Le bubon satellite se trouve à la face interne de l'aisselle et persiste plus longtemps que l'induration.

Avec le chancre du sein, il faut songer à l'eczéma, à la maladie de Paget, à la fissure simple, et le diagnostic est aisé avec le carcinome, à cause de l'adénopathie alors tardive et de l'absence d'accidents secondaires. Le pronostic ne comporte rien de spécial.

Obs. 123 publiée par M. le Professeur E. Jeanselme et Mme Chatelain. (Sté méd. des hôp., 6-7-1917).

« Une jeune femme présente trois semaines après le retour de son mari, venu du front, un chancre vulvaire bientôt suivi de roséole et céphalée intense. Elle porte au niveau des mamelons des syphilides érosives, et le jeune enfant qu'elle allaite ne tarde pas à être contaminé. Cet enfant est sevré vers l'âge de 10 mois. La grand mère donne le biberon à l'enfant pour s'assurer que le lait n'est pas trop

chaud, elle le goûte, en portant la tétine à ses lèvres. Aussi l'A. P. a-t-il eu pour siège l'amygdale gauche.

Une sœur de la première victime accouche, il y a six mois, d'un enfant parfaitement constitué. Confié aux soins de sa tante et de sa grand mère, il est contaminé par l'une d'elles. L'A. P. siège sur le palais, il est rapidement suivi de roséole et de plaques muqueuses buccales.

Cet enfant élevé au sein contaminé sa mère qui porte encore, à l'heure actuelle, un chancre induré à la base du mamelon droit. Enfin, une autre sœur des deux mères, âgée de 14 ans, qui élève ses neveux et porte souvent leurs cuillers à ses lèvres contracte à son tour la syphilis. De tels faits démontrent l'urgence du contrôle prophylactique des permissionnaires » (in Presse méd.).

Obs. 124. (40514). Mlle D. 22 ans, couturière, le 13-3-1916, présente une ulcération grande comme une pièce de 2 francs, siégeant sur le sein droit, à base très indurée, avec adénopathie axillaire indolente. La lésion datée de 3 semaines, est recouverte de croûtes ostréacées, son centre légèrement surélevé est cicatrisé. Elle paraît être un accident primitif. La malade n'a pas de passé syphilitique. Une séroréaction de Wassermann pratiquée est positive. Le 1^{er} avril, la malade a eu une série de piqûres de benzoate. Le 11 mai, elle revient avec des syphilides vulvaires, elle a interrompu son traitement. Le 25 juillet, les accidents sont guéris.

CHANGRE DU COU, DES MEMBRES, DU TRONC

Ce sont des chancres cutanés ; ils sont exceptionnels. D'après leurs formes, ils sont dits croûteux, ou érosifs, ou ulcéreux, plus rarement papuleux. Ils sont caractérisés par leur induration lamelliforme et par leur adénopathie. Celle-ci est localisée pour les chancres du cou, aux ganglions cervico-latéraux et susclaviculaires ; pour ceux du

membre supérieur, aux ganglions épitrochléens et axillaires et pour ceux du membre inférieur aux ganglions poplités et cruraux; enfin, pour ceux du tronc, aux ganglions axillaires ou inguinaux, suivant la hauteur de la lésion.

Chancres du cou. — **Obs. 125.** (39853) publiée par MM. les Drs Bizard et J. Bralez (**An. mal. vénér.** 1915, p. 720). — **Résumé** : X, 39 ans, soldat, entre salle St-Louis, en octobre 1915 pour trois ulcérations de la partie supérieure du cou. Deux sont superposées à gauche suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'autre siège à droite dans la région de la glande sous-maxillaire et atteint la dimension d'une pièce de 10 centimes. Régulièrement découpées, très indurées, à bords non décollés, surélevés, rouge chair musculaire, elles ont un centre recouvert d'un enduit jaunâtre, adhérent. Volumineuse adénopathie bilatérale du cou, indolente, ligneuse ; masses ganglionnaires confluentes, s'étendant des deux angles du maxillaire pour converger vers l'os hyoïde. Pas de réaction inflammatoire. L'examen du malade révèle sur le tronc et les cuisses une roséole papuleuse à éléments miliaires. L'interrogatoire n'apporte aucun détail intéressant : le malade se rase lui-même. Il s'agit de trois A. P. de grande dimension, apparus simultanément, qui se sont développés progressivement et infectés secondairement. Après 23 injections de 0,01 egr. de benzoate d'ydrargyre le malade est renvoyé à son dépôt guéri de ses accidents.

Obs. 126 (41217). — Mme S., 19 ans, le 13-5 1916 consulte pour une ulcération ovale, rouge, à fond lisse, dure, siégeant sur le cou à gauche, remontant à 45 jours. Adénopathie satellite sus-claviculaire. Roséole depuis 15 jours. Gorge rouge. Traitement mercuriel. Plaques muqueuses de la bouche le 27 juin.

Chancres de la cuisse. — **Obs. 127 (42024) :** Chancres mixtes.
— A., garçon de restaurant, consulté le 29-7 1916. Il a contracté trois jours après un rapport sexuel, un chancre du prépuce, rénitent, à ulcérations multiples, irrégulières, rougeâtres, à fond sale et un chancre de la face interne du tiers supérieur de la cuisse gauche, datant tous les deux d'un mois. Ce dernier consiste en une induration, creusée d'une ulcération profonde à bord abrupt, avec fond jaunâtre purulent, rouge après détersion. On perçoit aux deux aines une adénite polyganglionnaire, dure surtout à gauche. Une réaction de Wassermann (labor. de M. le Dr Sabouraud) a donné un résultat positif. Traitement : cautérisation, injections de benzoate. Ecllosion de roséole sur le tronc quelques semaines après.

Obs. 128 (50324.) Mme K. repasseuse, le 12-12-1926 est atteinte d'un chancre induré de la face interne de la cuisse droite, au milieu de l'espace compris entre l'aine et le genou, accident remontant à 15 jours. C'est une ulcération ovalaire, en cupule, de la dimension d'un franc, à fond lisse, jaune gris, sous-tendue par une induration notable. Petits ganglions dans l'aine. Phtiriasé du pubis. La malade trompe depuis deux mois un ami avec un second. Apparition de roséole, sur les flancs et l'abdomen, à petites macules.

CHANCRE DE L'ANUS

Fournier compte un chancre de cette région pour 192 de tout siècle. Cet accident est deux fois plus commun chez l'homme que chez la femme, mais relativement fréquent chez celle-ci à cause de la contamination « imméritée » de l'anus par les écoulements du vagin et de la vulve. Ce chancre est péréal ou intraanal. Quant au

chancre rectal, Fournier n'en a vu qu'un cas et Gaucher n'en a pas observé.

Le chancre périanal est situé sur la marge de l'anus et habituellement érosif, ou exulcéreux, ou ulcéreux. Logé dans un pli radié, boursoufflé, de l'anus, il est fissuraire. — La forme papuleuse s'observe par suite de la malpropreté. — Le chancre intra-anal, tantôt débordé l'orifice (chancre plissé cutané), tantôt est interne (chancre muqueux). Le chancre interne occupe la face antérieure de l'anus ; il s'offre sous deux aspects dits « en feuillet de livre » et « en collet de bourse », son induration est très difficile à percevoir.

L'accident primitif de l'anus n'est pas douloureux. Les irritations dont il est l'objet lui donnent une apparence violacée avec zone inflammatoire ; plus que tout autre chancre, il se complique d'érythème, d'intertrigo, de lymphangite. Les ganglions inguinaux externes sont engorgés, si le chancre est périanal. L'irritation locale est une cause d'appel pour les syphilides secondaires qui pullulent sur la région.

En présence d'une érosion anale, il faut penser au chancre ; souvent celui-ci se borne à une fissure, à peine indurée que l'on ne distingue de la fissure vraie que par l'indolence et l'adénopathie. Le chancre simple simule le chancre spécifique par une infiltration dure ; mais la multiplicité de lésions d'âge inégal, la teinte jaune et la recherche du bacille de Ducrey, permettent le diagnostic. On a confondu le chancre anal avec une hémorroïde.

ulcérée, avec un ulcère tuberculeux ; or, ces affections n'offrent pas d'adénopathie comme le chancre.

Obs. 129. (43342). — D. 26 ans, artilleur, le 18-11-1916 entre à l'hôpital pour une ulcération à bords irréguliers, contiguë à l'orifice anal et en avant de lui. Il existe une légère fissure rougeâtre avec épaissement d'un des plis de l'anus. Aucun autre signe qu'une adénopathie inguinale externe, bilatérale. Wassermann positif le 25 nov. Traitement mercuriel. Sort de l'hôpital le 27-1-1917, y revient le 2 février, pour des plaques muqueuses. Quitte l'hôpital le 29 mars guéri.

Obs. 130 (43314). — Mme P. 35 ans, mariée, 2 enfants a été opérée à N. il y a deux mois, pour une petite tumeur anale, douloureuse, ayant apparue au début de septembre, diagnostiquée hémorroïde. Actuellement, 15 nov. 1916, elle a une roséole, à larges éléments, généralisée, et, on remarque des plaques muqueuses anales sur l'emplacement de la plaie opératoire. Traitement régulier : piqûres de benzoate. En raison d'un abcès de la fesse droite à la suite d'une injection, on commence le 23-4-1917 une série de 10 piqûres de cyanure. Wassermann, trouvé douteux, H. 6. le 27-1-1919.

Obs. 131 (43451). — Mlle F. 22 ans, employée de magasin, le 1-12-1916 vient consulter pour une lésion eczémateuse périanale avec petite ulcération, d'aspect banal et sans induration, mais suspecte. Le 11 déc. la découverte de plaques muqueuses vulvaires montre qu'il s'agissait d'un chancre de l'anus. Mise au traitement mercuriel, elle doit l'interrompre le 18 déc. pour stomatite. Le 26 déc. elle revient pour céphalée, alopecie en clairière des sourcils ; on lui prescrit de l'iodure. Le 24-1-1917 après une série de piqûres, elle présente des syphilides du bras droit et de la lèvre supérieure. Elle entre à l'hôpital, le 5 février, pour des plaques muqueuses vulvaires et de l'amygdale gauche, des syphilides

du bras droit et du tronc. Sortie de l'hôpital, elle ne suit pas de traitement pendant deux mois et vient consulter, le 27 juillet, pour des syphilides du tronc.

Obs. 132 (43612). — Mme P. 27 ans, ouvrière dans une cartoucherie, mariée, (2 enfants), se présente le 14-12-1916, avec une éruption généralisée de syphilides papulo et ulcéro-croûteuses, de l'œdème des grandes lèvres et une adéno-pathie inguinale bilatérale surtout marquée à gauche. Elle a un large accident initial très induré dans le pli interfessier, en arrière de l'anus. Traitement mercuriel.

Obs. 133 (45771). — Mlle R. 36 ans, confectiionneuse, vient à la polyclinique le 7 mai 1917. Elle a un ami, soigné à Cochin pour syphilis, et depuis 5 ou 6 jours elle s'est aperçue qu'elle avait de gros ganglions inguinaux bilatéraux. Elle n'a aucun accident vulvaire, mais sur un bourrelet hémorroïdaire une fissure étroite, rougeâtre, à contours érosifs, à fond ulcéreux dans la marge antérieure de l'anus. Il s'agit d'une inoculation sodomique.

Obs. 134 (45923). — Mlle B. 23 ans, plumassière, le 23-6-1917, a des taches de roséole sur les flancs, l'abdomen et les cuisses, un gros ganglion inguinal externe à gauche. Pas d'accident vulvaire, mais une large ulcération rouge, chancriforme des plis radiés de l'anus qui sont boursoufflés. Pas d'induration de la lésion. Sur les gencivès supérieures et inférieures, elle a des plaques muqueuses, érosives rouges, sans aucun ganglion satellite. Il s'agit d'un chancre anal, bien que la malade nie toute cause de contamination de cette région par son ami venu du front, il y a 3 mois, et qu'elle soit peu précise sur les différentes dates de début de chaque lésion.

Obs. 135 (46761). — Mlle T., 28 ans, journalière, consulte le 28-6 1917 pour une papule légèrement ulcéreuse, étalée, arrondie, logée dans le voisinage des plis antérieurs de l'anus. Le début remonte à 10 jours. On trouve des ganglions inguinaux

externes, enorgés à gauche. Avec une tentative de coit anal. Wa se remarche facilement positif H5, six semaines après : roséole.

CHANCRE DU DOIGT

Il est rare et souvent méconnu. Par ordre de fréquence, il atteint l'index, le médius, le pouce. Sur 49 chancre digitaux, Fournier en compte : 10 par morsure, 9 attribuables à la lubricité, 30 à des touches médicaux. Parfois érosif et superficiel, ou fissuraire et rebelle, le chancre digital se montre le plus souvent ulcéreux, tantôt saillant et surélevé, tantôt pénétrant dans le derme et de mauvaise mine, avec des bourgeons charnus entourés d'un anneau induré, rouge jambon. De configuration orbiculaire et sans induration bien manifeste à la première et à la deuxième phalange, il est semi lunaire, en fer à cheval, avec induration massive à la 3^e phalange. Le chancre péronguéal est une ulcération en croissant, rouge sombre, à bords lisses, non décollés, légèrement livides, qu'une eschare ne se laissant pas aisément détacher recouvre souvent. Le chancre panaris est une tumeur globuleuse, avec ulcération effacée, gris rougeâtre. Le chancre fongueux ou en chou-fleur est exceptionnel : il peut en imposer pour un épithélioma, une sporotrichose.

L'adénopathie d'un chancre du doigt est épitrochléenne ou axillaire, unique ou multiple, dure, indolente : dans des cas particuliers on suit toute une chaîne ganglionnaire le long du bras. La cicatrisation de cet accident

primitif demande 4 mois. Le pronostic du chancre du doigt est grave ; Hardy disait : « Les chancres des doigts sont de mauvais chancres, suivis de mauvaises syphilis ». 28 pour 100 des cas aboutissent à des accidents tertiaires graves.

Douloureux, le chancre du doigt peut donner l'apparence d'un panaris, et la difficulté de son diagnostic précoce est grande. L'ulcération spécifique a une marche lente, reste superficielle, ne gagne pas en profondeur, ne suppure pas ; produit seulement un peu de sérosité trouble, le gonflement n'existe qu'au pourtour du chancre, dont la douleur ne suit pas la gainé tendineuse.

Obs. 136 (34827). — D., 28 ans, soldat le 20-9 1915 entre salle Saint-Louis, parce qu'il a sur le dos de la 3^e phalange de l'index gauche, depuis deux mois, une ulcération cratéri-forme, étendue, à fond bourgeonnant, à bords en pente. On ne trouve pas de ganglions épitrochléen ; il en a un gros dans l'aisselle. Il a de petits ganglions dans l'aîne, et à la verge un écoulement jaune abondant : cette blennorrhagie remonte à trois mois. Il a un commencement de roséole sur les flancs. Traitement : injections intraveineuses de cyanure de mercure. Le 26 septembre, en découvrant le gland on remarque des plaques muqueuses érosives. Le 20 octobre, on observe des plaques muqueuses à l'anus et sur les amygdales. Il sort de l'hôpital, guéri, le 9 novembre.

Obs. 137 (40686). — P., 48 ans, consulte le 20-5 1916, parce qu'il a contracté un chancre du médius droit, première phalange, face dorsale, en octobre 1915, qui n'est pas encore cicatrisé. Il a reçu 30 injections intraveineuses de cyanure, puis a pris des pilules mercurielles. Il a eu de la roséole en décembre, puis des plaques muqueuses. Il lui est prescrit 15 piqûres

de benzoate par mois. Le 5-3 1917, on constate que le chancre est cicatrisé. Le 16-10 1917 la cicatrice du chancre apparaît de teinte bronzée, le traitement a été régulier depuis deux ans et sera continué à la campagne.

Obs. 138 (40762). — W. 27 ans, le 1-4 1916, a depuis dix jours une éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses lenticulaires. Ces lésions s'étendent à la face et au cuir chevelu. On n'observe que quelques papules sur la verge. Le malade n'a pas fait attention à l'accident initial. Il y a 2 mois, il a eu une plaie en arrière de l'ongle de l'index droit. Actuellement cette lésion est croûteuse, jaune brun, dure, accompagnée d'un gros ganglion sus-épitrochléen à droite. Traitement : iodure de potassium, 2 gr. par jour, piqûres de benzoate. Le 19 août, lésions améliorées.

Obs. 139 (v. **Obs. 93**, chancre triple : médius, vergé, amygdale).

Obs. 140 (43159). — A., 41 ans, charpentier, arrive le 9-11 16 à l'hôpital avec un chancre du pouce gauche, ayant débuté, il y a 2 mois, par une lésion suppurante près de la base de l'ongle, comparée par lui à un « mal blanc » et qui s'est étendue de plus en plus. Actuellement, tout le pourtour de l'ongle est transformé en une plaie suppurante, sanieuse, grisâtre, semi-lunaire, décollant un peu le bord externe de l'ongle. Cet accident primitif serait méconnaissable si ce n'était sa dureté massive, sa forme et surtout une éruption de roséole observée depuis quelques jours, marquée sur les parties latérales du tronc. Le 15 nov. on note une syphilide nummulaire au front et des petites papules sur l'avant-bras gauche. Aucun accident génital. Le 22-12-16, il sort de l'hôpital.

Obs. 141 (43736). — Mme C., 31 ans, mariée à un homme sain, n'a pas d'enfant, elle est envoyée par son médecin, le 22-12 16, avec un résultat de réaction de Wassermann positif total. Il y a 3 mois, la malade s'est inoculée par une piqûre

dé la phalangette du 5^e doigt de la main droite, en arrière de la matrice de l'ongle. La lésion aurait évolué comme une dactylite; on aurait été obligé de l'inciser, il y a 2 mois et demi. Actuellement, elle a l'aspect d'une ulcération chancriforme, occupant tout le dos de la 2^e phalange de l'auriculaire droit à bords rouges, creux, durs, à fond jaunâtre, et, sur la 1^{re} phalange une escharre noirâtre, de l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50, reposant sur une surface ulcérée secrétant un peu. Pas de ganglion épitrochléen, il existe un ganglion axillaire moyen à droite. Une éruption de roséole maculeuse est apparue il y a 10 jours, sur le tronc. Plaques muqueuses de la commissure labiale gauche, syphilides acnéiformes de la face et sur la face palmaire de la main gauche de grands éléments papulo-desquamatifs.

Obs. 142 (50248). — Mme G., 68 ans, ménagère, montre des syphilides papulo-squameuses généralisées sur le corps et fait remarquer à la base de son pouce gauche, sur la face dorsale, une large érosion, indurée, en voie de cicatrisation, qui aurait précédé l'éruption d'un mois et demi au moins et paraît avoir été l'accident initial. Ganglion épitrochléen net. On lui prescrit des piqûres.

PRONOSTIC

Etant donné les nombreuses observations que nous avons relevées sur des chancres extra-génitaux, nous avons cru devoir envisager la question du pronostic de ces chancres, malgré le peu de temps écoulé sur lequel portent beaucoup des cas publiés, et c'est ce qui terminera notre travail.

La syphilis est-elle plus grave, si l'accident primitif est extra-génital ? Il a été donné à cette question la même réponse par Hutchinson, Munchheimer et Fournier.

Hutchinson a écrit : « Parmi les médecins, on trouve souvent répandue l'opinion, que les chancres extra-génitaux ont une évolution plus grave que les chancres ayant pour siège les organes génitaux. Je ne partage pas cette manière de voir, mais suis plutôt d'avis que la syphilis une fois née reste toujours une et la même maladie, qu'il est certain qu'elle peut avoir une intensité variable suivant les individus, mais que les régions de localisation de l'accident primitif n'ont point à entrer en cause. »

Fournier a surtout éucidé la question et nous résumons sa discussion : On envisage comme grave le pronos-

tic des syphilis de provenance extra-génitale. D'où a pu naître cette opinion ? D'une part, on a vu des syphilis graves succéder à des chancres extra-génitaux (épidémie de syphilis vaccinale, contamination digitale) et par généralisation, on a dit : « Toutes les syphilis extra-génitales sont graves. » D'autre part, par analogie avec la rage, où la mortalité et l'incubation varient suivant le siège de la morsure, on a dit : « Ce qui se produit dans la rage doit se produire dans la vérole ; donc le siège du chancre doit modifier l'intensité de l'infection vérolique. » Mais la gravité de la syphilis c'est le tertiarisme ; or, sur 100 cas de tertiarisme, 6 à 7 résultent de syphilis à chancres extra-génitaux, contre 93 à 94 issus de chancres génitaux, et ces chiffres sont rigoureusement ceux qui traduisent la fréquence relative du chancre extra-génital, puisqu'on compterait pour 100 chancres de tout siège, environ 6 à 7 chancres extra-génitaux contre 93 chancres génitaux. D'où cette conclusion que « la proportion des accidents tertiaires dérivant des chancres génitaux et des chancres extra-génitaux est rigoureusement équivalente à la proportion de fréquence relative de ces deux ordres de chancre ». Les chancres extra-génitaux ne sont ni plus ni moins dangereux que les chancres génitaux et « ces chancres restent *au-dessous* de ce qu'ils devraient produire comme manifestations cérébrales ». En outre, les infections extra-génitales sont susceptibles de ce qu'on a appelé les formes bénignes de la syphilis et restent muettes, c'est-à-dire exemptes de toutes manifestations ultérieures, 6, 10, 15, 19, 25, 28 ans. Certes, des syphilis d'o-

rigine mammaire, digitale, vaccinale se sont présentées avec une allure de gravité ; mais cette gravité doit être imputée à des conditions individuelles (âge, constitution, personnalité, prédispositions morbides, mauvais traitements) ou au terrain organique. Au total, le pronostic des syphilis extra-génitales ne paraît pas autre que celui de la syphilis en général, quel qu'en soit l'accident d'origine.

Dans une étude sur les chancres extra-génitaux, M. le Professeur Jeanselme (*Gaz. des Hôp.*, 8. 4. 1906), envisagea ainsi la question du pronostic de la syphilis à porte d'entrée extra-génitale : « Souvent, la période secondaire m'a paru bruyante et riche en manifestations cutanées. Au lieu et place de la roséole, on observait déjà quelques semaines après le chancre, des infiltrats dermiques notables, des syphilides papuleuses ou même papulo-tuberculeuses. En outre, je ne serais pas éloigné de croire que le siège de l'inoculation commande, jusqu'à un certain point, la topographie des efflorescences secondaires, car au chancre céphalique j'ai vu plusieurs fois succéder une éruption, sinon limitée à la partie sus-diaphragmatique, du moins prédominante à cette région ».

M. Jeanselme rapporte l'histoire d'un jeune homme atteint d'un chancre induré de la lèvre inférieure, suivi de roséole vers la 5^e semaine, et qui, dès le 4^e mois, a de la céphalée et une irido-conjonctivite gommeuse de l'œil droit, puis des deux yeux ; et peu après des syphilides miliaires lichénoïdes disséminées sur tout le corps ; un

an après, la cécité était complète. Ces accidents se sont déroulés en dépit d'un traitement énergique.

En nous appuyant sur les observations même de ce travail, il ne nous est pas permis de dire que la syphilis d'origine extra-génitale soit plus forte, plus compliquée, plus dangereuse que ne l'est la syphilis génitale. Dans la plupart des cas, en effet, les premières manifestations ont été bénignes, mais il n'en faut rien conclure pour les accidents plus éloignés et plus profonds. En disant que la syphilis extra-génitale n'est guère sortie des formes bénignes ou moyennes comme intensité, nous sommes d'ailleurs en droit de faire des réserves, parce que nous ne pouvons faire allusion qu'aux accidents qui se produisent pendant les deux premières années, en raison du début peu ancien de beaucoup des cas que nous signalons. On n'est pas jusqu'à maintenant arrivé à découvrir des règles qui permettraient, en présence d'un chancre, d'affirmer quels seront le nombre, la nature, les successions, la localisation, l'issue des manifestations ultérieures. La loi de Bassereau : « Tel chancre, telle vérole », est un aphorisme qui cache beaucoup trop d'inconnues. C'est à peine si en s'appuyant sur des faits vagues on peut indiquer quelque probabilité dès le début de l'infection, par exemple les chancres les plus sérieux sont ceux dans lesquels le processus ulcéreux s'accuse dès les premiers jours.

Dans le pronostic de la syphilis, il faut tenir compte de l'âge du malade (dans la vieillesse la syphilis est grave), de sa profession, de son état de santé, de la régularité de

son traitement, de ses habitudes alcooliques. Nous avons remarqué que les cas énergiquement traités, dès le début de l'accident primitif, semblent étouffés, éteints ; les accidents secondaires manquent, la syphilis entre dans une phase latente et semble guérie. Or, cette guérison n'est, trop souvent, qu'une apparence, surtout si le traitement n'est point régulier ; il faut se défier des syphilis avortées, parce que les accidents se manifestent plus tard. L'infection syphilitique est permanente ; il faut « la traiter d'une façon permanente tant qu'elle persiste » (Gougerot). Son traitement doit être aussi énergique et soutenu que possible. Pour conserver, d'ailleurs, cette apparence de guérison, il faut surveiller cliniquement et sérologiquement le syphilitique et le traiter périodiquement. Le traitement de sûreté doit être poursuivi, même en l'absence de tout accident, même si la séro-réaction est négative. (Gougerot. *Trait. de la syph.*).

Les accidents cutanés et muqueux, dans nos observations, ont été superficiels, résolutifs et simplement érythémateux ou papuleux, mais nous savons qu'il ne faut pas juger une syphilis par ses accidents « extérieurs ». A côté de la syphilis visible, il y a la syphilis interne, viscérale qui se démasque tard, notamment par accidents nerveux. « Le présent dans la syphilis n'est en rien le miroir de l'avenir », disait A. Fournier. Il n'est pas douteux qu'il faut faire une part à l'inconnu et que les prévisions les mieux fondées, en apparence, sont déjouées par des cas malheureux où un traitement persévérant n'empêche pas l'explosion des accidents tertiaires graves.

Les formes malignes de syphilis, observées jadis, tenaient à l'ignorance de la nature du mal et au défaut de moyens de guérir. Nous n'avons pas eu à signaler de ces cas graves, qui caractérisaient les endo-épidémies syphilitiques, bien que le chancre extra-génital pouvant être méconnu, la syphilis qui en dérive peut être sévère, parce que non traitée à temps. Nous n'avons observé que quelques syphilis fortes, à poussées secondaires, subintraçantes, à lésions ulcéreuses précoces, parce que les malades n'avaient pas reçu assez tôt les soins nécessaires, ou surtout parce qu'ils avaient suivi irrégulièrement le traitement prescrit. Il faut en effet atténuer thérapeutiquement les effets du chancre et le blanchiment rapide et durable des malades contaminants est nécessaire. Si l'on hésite sur le diagnostic, on doit recourir aux épreuves bactériologiques et ne pas attendre les accidents secondaires pour s'adresser au mercure, à l'arsenic.

Parmi les observations que nous rapportons, nous n'avons pas rencontré de syphilis maligne. Nous n'avons noté que deux cas arrivés au tertiariisme (obs. 9, 89) ; alors que les accidents tertiaires s'observent deux ou trois ans après le chancre, nous trouvons dans un cas une gomme du pied, survenue treize mois après un chancre de la lèvre, dans l'autre cas une gomme de la jambe apparaissant quatorze mois après un chancre de l'amygdale. Nous n'avons pas noté de chancre avec complication ; quelques chancres de l'amygdale ont eu un aspect diphtéroïde. Il n'a pas été observé de phagédénisme.

D'après Duncan Bulkley, les syphilis amygdaliennes

sont graves. Cet auteur cite des cas de morts survenues à la suite de syphilis ayant eu un tel siège. Ces syphilis se font remarquer par la précocité, l'abondance et la gravité des éruptions du cuir chevelu et de la face, et par la production d'accidents cérébraux. Ce pronostic n'est pas aussi grave pour Du Castel, d'après les faits qu'il observa, et d'après les cas que nous publions, nous devons nous ranger à cet avis. Toutefois, le chancre de l'amygdale détermine une généralisation beaucoup plus rapide du virus syphilitique, à cause de la richesse de cette région en vaisseaux sanguins et lymphatiques. M. le Professeur Jeanselme a montré l'importance du pharynx comme porte d'entrée des germes infectieux en général, et les étapes successives (amygdaliennne, ganglionnaire, sanguine) que parcourt l'infection. (*Gaz. des Hôp.*, 1890, p. 97).

Après l'explosion secondaire, en dehors de la roséole et des plaques muqueuses, nous avons eu à relever : un cas de syphilides papulo et ulcéro-croûteuses, cinq semaines après un chancre de l'anus; et des apparitions de syphilis papulo-squameuses généralisées, cinq semaines (obs. 21, 39), deux mois (obs. 138), quatre mois (obs. 52), un an (obs. 89) après le chancre. Ces récidives secondaires ont paru être favorisées surtout par l'irrégularité qu'ont mis des malades à se traiter. L'apparition d'une syphilide ecthymatiforme du coude, vingt mois après un chancre de la lèvre (obs. 13), a semblé attester une syphilis forte. Nous avons eu à enregistrer (obs. 60, 61, 107) trois cas d'ictère infectieux, bénin, survenus aux quatrième, dixième et vingtième mois de la syphilis.

On a dit que les roséoles récidivantes indiquent un pronostic bénin ; nous avons relevé deux cas de roséole de retour (obs. 13, 92), non nummulaire, non circonscrite, l'une au bout de 1 an, l'autre sept mois après le chancre.

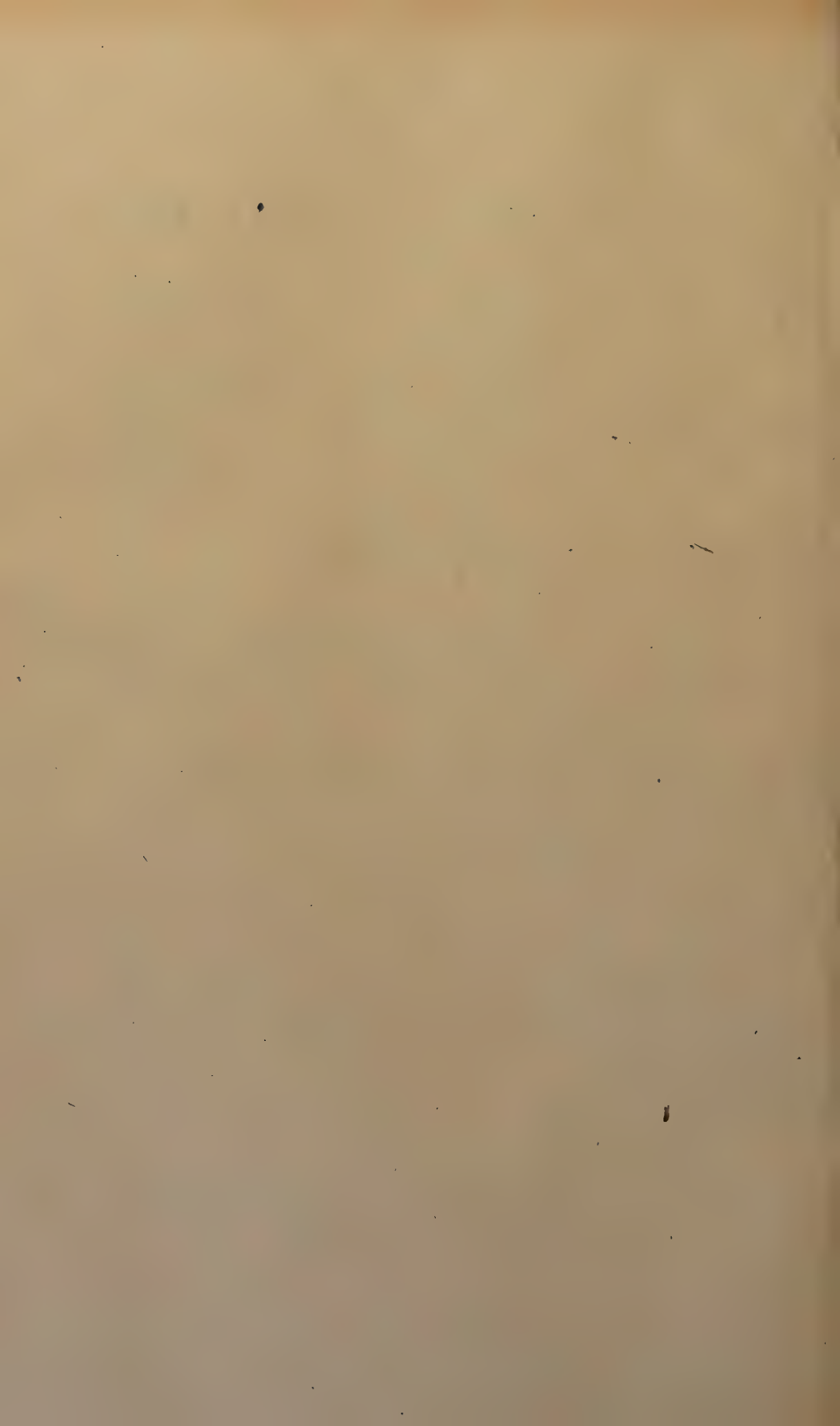
Dans l'immense majorité des cas, selon Fournier, les accidents secondaires ne se manifestent que dans la 7^e semaine après le début du chancre ; mais Gaucher et Milian (*Ann. de dermat. et syph.*, p. 226, 1903) ont montré que, dans certains chancres des lèvres, l'échéance de la période secondaire était avancée. Dans nos observations, nous avons trouvé que le temps qui s'écoule entre l'apparition du chancre et l'éruption de roséole, varie avec les régions où siège le chancre. Une éclosion de roséole se produit 25 jours en moyenne après le début d'un chancre céphalique, notamment si le chancre siège aux lèvres ou aux amygdales (obs. 21, 24, 42, 43, 46, 50, 68, 70), alors que cette éruption a lieu, en moyenne, 45 jours après le début d'un chancre du tronc et des membres. D'après Luisi (*Th. Paris*, 1904), « cette précocité des accidents secondaires peut être envisagée en médecine légale dans un cas de chancre buccal, s'il s'agit de déterminer la date probable de la contamination ».

Garric (*Th. Paris*, 1906) a fait remarquer que l'efflorescence syphilitique, après le chancre céphalique, se répartit sur la partie supérieure du tronc, le cou et même la tête, selon une topographie cervico-pectorale, d'après M. le Professeur Jeanselme. Nous avons relevé, dans la plupart des cas de chancre céphalique, que la roséole envahissait surtout le tronc, rarement les membres infé-

rieurs ; dans les observations 42, 64, 66, 69, 90, 104, relatives à des chancres de la lèvre, de l'amygdale, du menton, la roséole est signalée sur le cou et la poitrine. Enfin, dans les obs. 38 et 125, il est fait mention de roséole papuleuse d'emblée.

Quant à la question de la prédominance des accidents secondaires autour de la lésion initiale, surtout lorsqu'elle a siégé dans la bouche, nous pouvons dire que, en compulsant les observations, nous avons constaté la tendance que présentent les chancres labiaux, amygdaliens (observation 103) et linguaux à se transformer *in situ*, en plaques muqueuses (obs. 4, 6, 8, 12, 74, 75, 88, 89, 91, 94, 99, 100, 101). Cela arrive assez fréquemment après les chancres de la verge, et comme pour ceux-ci, il s'agit d'une localisation due au locus resistantiae créé par le chancre primitif.

Pour terminer ce chapitre, nous devons déclarer que du peu d'importance des premières éruptions syphilitiques on a souvent tiré un excellent pronostic. Or, il n'est pas de déduction plus dangereuse, car des accidents tertiaires graves ont eu, à leur point de départ, un chancre bénin et des éruptions légères. Les accidents nerveux se produisent chez ceux dont la syphilis originelle a passé inaperçue, parce que le traitement institué au début a été insuffisant.



CONCLUSION

L'Histoire nous apprend que l'étude des chancres extra-génitaux date surtout du xix^e siècle et que les guerres ont amené une recrudescence de la syphilis.

Les modifications apportées par l'état de guerre, au nombre des cas de syphilis montre, d'après des comparaisons statistiques, que si la syphilis, en général, a augmenté de plus de moitié, la fréquence des chancres extra-génitaux n'a pas été plus grande qu'en temps de paix, chez-les civils, l'augmentation porte ailleurs.

Les chancres extra-génitaux sont peu fréquents chez les militaires, il n'en est pas de même des autres chancres.

Le chancre buccal s'est accru de 10 pour 100, pendant la guerre, alors que le chancre d'autres localisations, au sein, par exemple, est devenu rare.

Le chancre amygdalien, longtemps méconnu, vient, d'après les confrontations de diverses statistiques, au deuxième rang comme fréquence, après celui de la lèvre, qui fournit la moitié des chancres extra-génitaux.

L'inoculation céphalique semble favorisée par l'ignorance des dangers de contamination par les plaques muqueuses buccales.

La syphilis extra-génitale ne semble pas être plus grave que la syphilis provenant d'une infection génitale. Le pronostic des chancres extra-génitaux, comme celui des chancres génitaux dépend de la précocité et de la régularité du traitement. La gravité d'un certain nombre de cas tient au terrain, à l'âge des malades.

L'échéance de la période secondaire paraît être pour une certaine part, légèrement avancée sur les délais normaux. Avec les chancres céphaliques, la roséole apparaît au 25^e jour en moyenne. L'éruption roséolique, avec le chancre céphalique, envahit surtout la partie supérieure du tronc et le cou. On observe souvent des syphilides papuleuses, quelque temps après le chancre.

Les plaques muqueuses prédominent autour de la lésion initiale, surtout lorsque celle-ci siège à la bouche.

Vu : *Le Président de la thèse* :
E. JEANSELME.

Vu : *Le Doyen* :
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ.

TABLE

Historique	13
Statistique	19
Etiologie	35
Observations	39
Pronostic	97
Conclusion	107

CAEN. — IMPRIMERIE A. OLIVIER
